FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-1893 N° 27

DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DANS

LE CANCER DU PYLORE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 1892

PAR

Jean-Jacques MATIGNON

INTERNE DES HOPITAUX
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (Prix du Conseil général de la Gironde, 1892).
MÉDAILLE D'ARGENT DES HOPITAUX. (1890-1892.)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX
LAURÉAT DE CETTE SOCIÉTÉ, (1891)

Né le 29 novembre 1866 à Eynesse (Gironde)

Examinateurs de la Thèse..	MM. PICOT	professeur,	*Président*
	MASSE	professeur,	*Juges*
	POUSSON	agrégé	*Juges*
	PRINCETEAU	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-1893 N° 27

DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DANS

LE CANCER DU PYLORE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 14 décembre 1892

PAR

Jean-Jacques MATIGNON

INTERNE DES HOPITAUX
LAURÉAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (Prix du Conseil général de la Gironde, 1892),
MÉDAILLE D'ARGENT DES HOPITAUX. (1890-1892.)
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX
LAURÉAT DE CETTE SOCIÉTÉ, (1891)

Né le 29 novembre 1866 à Eynesse (Gironde)

Examinateurs de la Thèse..	MM.	PICOT	professeur,	*Président*
		MASSE	professeur,	*Juges*
		POUSSON	agrégé	*Juges*
		PRINCETEAU	agrégé	*Juges*

Le Candidat répondra à toutes les questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE DU MIDI, P. CASSIGNOL
91, RUE PORTE-DIJEAUX, 91

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS

M. MICÉ.....
MERGET..... Professeurs honoraires
AZAM.....

	Messieurs
Clinique médicale	PICOT. PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICES

SECTION DE MÉDECINE	
Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. DUBREUILH. MESNARD. CASSAET. AUCHÉ.
SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS	
Pathologie externe	POUSSON. DENUCE. VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. CHAMBRELENT
SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES	
Anatomie et Physiologie	PRINCETEAU. N.
Histoire naturelle	de NABIAS.
SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES	
Physique	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique int. des enf.	MM. MOUSSOUS	Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MM. MOURE
Clinique chir. des enf.	PIÉCHAUD	Cl. des maladies ment.	N.
Cliniq. des Maladies syphilitiques et cutanées	DUBREUILH	Accouchements	RIVIÈRE
Cl. des mal. des fem.	BOURSIER	Chimie	DENIGÈS
Cliniq. des maladies des voies urin.	POUSSON		

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon savant et vénéré Maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR PICOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

LAURÉAT DE L'INSTITUT

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Hommage de ma profonde reconnaissance.

Je remercie ceux de mes amis qui ont bien voulu me prêter leur concours pour mener à bonne fin ce travail :

Le professeur agrégé Villar, qui m'a inspiré cette thèse ; ses savants conseils et son habileté chirurgicale m'ont rendu les plus grands services.

Le Dr C. Fromaget, chef de clinique à la Faculté ; E. Aunis, G. Petit, E. Pepin, C. Cabannes, internes des hôpitaux, qui m'ont aidé dans mes expériences, communiqué des observations et mis à ma disposition leur parfaite connaissance des langues étrangères pour résumer dans les journaux anglais, allemands et américains les intéressantes observations qui sont relatées plus loin.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0034

DE LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE

DANS

LE CANCER DU PYLORE

CHAPITRE I

Introduction

La chirurgie contemporaine, surtout la chirurgie étrangère, a pris comme devise celle du fameux Langenbeck : *Nunquam retrorsum*. Elle a marché dans ces dernières années à pas de géant, étendant de jour en jour son domaine, restreignant de plus en plus celui de la médecine. Cet empiètement sur les terres de sa sœur aînée est sévèrement jugé par les représentants de la vieille école, qui croient trop peut-être à la vertu thérapeutique des médicaments et qui conseilleraient encore des pommades fondantes pour les tumeurs du sein. Les tentatives opératoires nouvelles et hardies sont par eux traitées de folies et parfois le jeune chirurgien est regardé souvent comme un criminel ou un charlatan. Sans doute les

premiers essais ne sont pas brillants; les morts sont fréquentes et bien souvent, alors, les statistiques ne sont qu'une lugubre énumération de décès. Ce sont là cependant choses fort naturelles et qui se sont toujours produites quand une opération nouvelle a été lancée. Les premières hystérectomies vaginales, les ovariotomies au début, ont donné des résultats déplorables. Mais, le manuel opératoire se perfectionnant, l'intervention se pratiquant dans des conditions plus favorables, la mortalité a constamment diminué. On comptait autrefois les succès; maintenant on cite les morts.

Le poumon, le cerveau, le foie, l'estomac, ont, pendant longtemps, été regardés comme l'apanage de la médecine.

« Lorsqu'on voulait, il y a une vingtaine d'années, se jouer de la crédulité et de la naïveté d'un jeune camarade d'études, on lui racontait que tel chirurgien connu pour ses excentricités opératoires avait extirpé un pylore cancéreux. Dans un recueil des plus sérieux, les *Archives de Langenbeck*, un chirurgien allemand, Gussenbaüer étudie très sérieusement les procédés applicables à la résection du pylore cancéreux. Jusqu'à présent il n'a pratiqué la résection que sur des chiens. Mais la marche que suit, depuis quelque temps, la chirurgie d'outre-Rhin autorise à prévoir que l'expérience ne tardera pas à être faite sur des Allemands. »

Ces quelques lignes, extraites du *Traité de médecine opératoire* de Lefort (1), édition 1877, sont l'expression fidèle des idées de l'époque sur le traitement chirurgical du cancer de l'estomac.

« Une fois l'abcès formé, disait Trousseau, en parlant des collections purulentes du poumon, notre intervention ne

---

(1) Lefort et Malgaigne. — *Méd. op.*, 9e édition, 1877.

saurait avoir de prise sur une affection de cette nature, placée tout-à-fait en dehors de nos moyens d'action (1) ».

Cependant le bistouri a pénétré dans le poumon: des cavernes ont été lavées, des abcès ouverts, des sommets tuberculeux réséqués, et des malades ont été, sinon toujours guéris, du moins très souvent soulagés (2).

Depuis longtemps, les collections purulentes du foie sont ponctionnées par les médecins de la marine; une portion de la glande hépatique a pu être enlevée sans que la vie du patient fut compromise.

Les nombreux sujets atteints de tumeurs du cerveau et améliorés par la trépanation ne se comptent plus (3); cette intervention n'est-elle pas pour l'heure, la seule thérapeutique active de l'épilepsie Jacksonienne?

L'estomac serait-il un viscère plus délicat, plus sensible que le cerveau, le foie ou le poumon pour qu'une opération faite sur lui soit tellement sérieuse que le chirurgien hésite encore à la tenter? Nous avons vu, plus haut, quelle était l'opinion du professeur Lefort sur la chirurgie de l'estomac et et l'ironie avec laquelle il raillait — il y a quinze ans — les essais faits en Allemagne. Cette opinion prévaut malheureusement trop, encore à l'heure présente, chez nous, et les médecins sont rares qui recommandent la thérapeutique chirurgicale dans le cancer de l'estomac.

Cependant les vivisections nous montrent d'une façon indéniable que les animaux supportent fort bien de grandes

---

(1) Trousseau. — *Cliniq. méd. de l'Hôtel-Dieu.* — T. I.

(2) Constantin. — *De la pneumotomie.* — Th. de Bordeaux, 1892.

(3) Faguet. — *De la trépanation dans les affect. traumat du crâne.* — Th. de Bordeaux, 1892.

interventions pratiquées sur ce viscère. Un chien vit parfaitement même après une large gastrectomie qui lui a enlevé les deux tiers de la muqueuse stomacale. Il est vrai qu'on ne peut conclure absolument de l'animal à l'homme et d'un estomac sain à un organe envahi par le néoplasme.

Nous ne devons pas oublier que cette chirurgie de l'estomac, pour ainsi dire journalière en Allemagne, en Amérique et en Angleterre, presque inconnue chez nous, a une origine française. La première gastrostomie n'a-t-elle pas été pratiquée par Sédillot? M. Péan n'est-il pas le premier chirurgien qui, en 1879, ait osé reséquer un pylore envahi par un cancer? Mais tandis, qu'ici, un malheureux insuccès arrête pour longtemps une idée opératoire, il ne fait, au contraire, que stimuler le zèle des chirurgiens de l'autre côté du Rhin et de l'Atlantique. Et tandis que, dans quinze ans, à peine une vingtaine d'opérations se pratiquent en France, nous voyons de nombreux chirurgiens étrangers publier des statistiques personnelles comprenant vingt et trente observations.

Cette audace chirurgicale a été très sévèrement jugée et considérée comme une sorte de charlatanisme que ne saurait trop réprouver notre art.

« S'il est pour le médecin un spectacle douloureux, c'est celui d'un malade qu'il voit s'acheminer peu à peu vers la mort au milieu des horribles tortures de la faim. Aussi lorsqu'il songe que la cause de ce supplice permanent, de cette mort inévitable, est une lésion encore toute locale, on comprend que le chirurgien se demande s'il ne pourrait pas sauver ce malheureux en intervenant par une opération, quelque périlleuse qu'elle puisse être, pourvu qu'elle donne au condamné quelques chances sérieuses d'échapper à la mort. Mais à côté de cette influence légitime et louable, il en est d'autres moins légitimes et blâmables qui ont pour

résultat de multiplier depuis quelques années des opérations extraordinaires. L'extirpation inutile de quelques estomacs, de quelques utérus, de quelques rates, de quelques reins, de quelques corps thyroïdes, procure en quelques jours, grâce à la publicité des académies et des journaux, une notoriété que n'aurait pas procurée une longue pratique plus sage, plus véritablement chirurgicale (1). »

Il y a sûrement, dans cette dure appréciation, un fond de vérité, et il est à déplorer que, bien souvent, une tentative opératoire ne soit qu'une forme de réclame pour un chirurgien désireux d'arriver rapidement à une notoriété aussi retentissante que lucrative.

Mais ce ne sont là, fort heureusement, que des exceptions.

Aussi croyons-nous que les chirurgiens français feraient bien d'imiter les chirurgiens étrangers qui ont fait leur propriété de la thérapeutique du cancer de l'estomac, pour certains cas bien déterminés tout au moins. Les noms de Billroth, Wolfler, Von Hacker, Gussenbaüer, Czerny, Lücke, Hahn, en Allemagne ; Jesset, Senn, Lees, Beatson, en Angleterre ; Weir, E. Bull, Bernays, en Amérique, j'en passe et des meilleurs, sont intimement liés à toutes les manœuvres opératoires tentées pour la cure radicale ou le traitement palliatif de cette affection.

La gastrostomie et la résection de l'estomac sont d'origine française. La gastro-entérostomie, qui va faire le sujet de ce travail, est autrichienne. Elle a été imaginée par Wolfler, l'un des plus brillants assistant du célèbre professeur Billroth, de Vienne.

L'opération de Wolfler, pratiquée pour la première fois

---

(1) Lefort. — Cité par Kahn. Thèse de Paris, 1883.

le 28 septembre 1881, ne fut pas faite de propos délibéré. Le chirurgien avait l'intention de réséquer un pylore cancéreux. Mais les dimensions du néoplasme étaient si considérables, les adhérences tellement étendues, que Wolfler renonça à tenter la cure radicale et eut l'idée de créer, par une anastomose entre la face antérieure de l'estomac et une anse intestinale, une voie de dérivation aux matières arrêtées depuis longtemps, par la sténose pylorique. *Son intervention était purement palliative.*

Von Hacker, qui était également assistant de Billroth, pratiqua peu de temps après l'anastomose grastro-intestinale sur la face postérieure de l'estomac. C'est à tort qu'on donne à ce procédé le nom *d'opération de Von Hacker ;* car il n'est qu'une légère modification du manuel opératoire de la précédente, et augmente bien inutilement la liste, déjà trop longue, des opérations qualifiées seulement par le nom des chirurgiens qui les ont préconisées.

Tous les opérateurs ont plus ou moins modifié l'opération de Wolfler dans quelques-uns de ses détails. Les uns ont fixé par trois ou quatre points de suture, au-dessous de l'anastomose, l'anse intestinale à la paroi stomacale pour s'opposer à la flexion de cette dernière et éviter la formation d'un éperon gênant le passage des matières de la cavité gastrique dans l'intestin (Pozzi, Courvoisier, Hadra).

D'autres ont pratiqué sur les viscères des incisions perpendiculaires l'une à l'autre pour obtenir la béance constante de l'orifice anastomotique (Doyen) ; d'autres ont réséqué, dans ce but, une portion elliptique des parois intestinales et gastriques (Villar). Les sutures ont été variées à l'infini.

Une des modifications importantes, qui n'est malheureusement pas encore suivie en France, a été apportée à l'opération de Wolfler par Senn qui, pour assurer une adhérence rapide

et solide des deux séreuses, a employé des plaques d'os décalcifié. Les résultats obtenus par Senn, Weir, Jesset, Purcell, Mayo Robson sont des plus séduisants et devraient encourager nos compatriotes à accepter cette pratique. J'ai moi-même usé de ce procédé dans des expériences sur des chiens.

Les quelques considérations dans lesquelles je suis entré au commencement de ce chapitre, sur la chirurgie de l'estomac en général, ne veulent pas dire que je préconise une intervention sanglante dans tous les cas de cancer. J'ai simplement voulu montrer qu'il serait bon de rompre plus fréquemment en visière avec la routine, et que les malades pourraient, le plus souvent, en tirer grand profit. Ce travail tend simplement à prouver que rien, pour le moment, ne pouvant enrayer la marche du cancer de l'estomac et que nos moyens thérapeutiques médicaux étant bien rarement capables de parer aux accidents de la sténose cancéreuse du pylore, le malade peut dans certains cas encore, espérer de l'opération de Wolfler, non pas la guérison, mais un soulagement, car la « *cure radicale* » nous paraît impossible tant que nos moyens de diagnostiquer le cancer, au début de son évolution, seront aussi imparfaits que ceux dont nous disposons encore. C'est donc comme *traitement palliatif du cancer*, que la gastro-entérostomie sera défendue ici.

Ce travail comprendra trois chapitres.

Je tacherai de prouver tout d'abord que nous n'avons pas de procédés thérapeutiques, médicaux ou chirurgicaux, pouvant guérir le cancer de l'estomac.

Dans un avenir encore éloigné, sans doute, lorsqu'on aura trouvé des moyens infaillibles de reconnaître le cancer dès son origine, peut-être pourra-t-on, par une large résection de l'estomac, enlever le mal et prévenir la récidive. Mais à

l'heure présente, le médecin, après examen soigneux, ne peut réunir que de vagues présomptions qui, souvent, se transformeraient en certitude, si la *laparotomie exploratrice* était chez nous un moyen de diagnostic courant pour les affections abdominales.

Le deuxième chapitre sera consacré uniquement au manuel opératoire. On y verra discutées les questions qui sont à l'ordre du jour des Sociétés savantes : l'utilité du lavage de l'estomac avant l'opération, l'anesthésie par le chloroforme et la cocaïne, l'anastomose de l'intestin à la face antérieure ou postérieure de l'estomac, les diverses incisions, les nombreux procédés de sutures.

Enfin j'ai tenu à exposer longuement la gastro entérostomie avec les plaques d'os décalcifié de Senn, telle qu'on la pratique couramment en Amérique,en Angleterre, et telle que je l'ai moi-même expérimentée sur les chiens, avec des disques de corne.

J'ai montré tout le bénéfice que le patient pouvait retirer de l'opération de Wolfler : disparition des douleurs, des vomissements, retour de l'appétit. Les dangers de l'opération y sont scrupuleusement exposés. Mais, malgré un certain degré de gravité, l'opération de Wolfler est bien supérieure à la gastrectomie, à l'opération de Billroth, et aux nombreuses autres interventions plus ou moins palliatives qui ont été instituées contre le cancer du pylore. Aussi, n'ai-je pas hésité à la préconiser toutes les fois qu'on aurait affaire à un sujet consentant, encore assez robuste, mais exposé à tous les accidents de la sténose pylorique : douleurs, vomissements, inanition. Dans plus de la moitié des cas, les malades retireront profit de cette tentative et seront soulagés pour une période variant de 5 à 15 mois. Ils auront un regain

de vie, et s'éteindront peu à peu, sans souffrances, emportés par les progrès de la cachexie.

Avant les conclusions vient une longue série de 165 observations. C'est-à-dire à peu près toutes celles qui sont connues dans la littérature médicale.

La lecture de ces observations montrera que la gastro-entérostomie mérite d'être prise en sérieuse considération et que les avantages que peut en retirer le malade sont considérables. Mais il est regrettable que dans une telle quantité d'opérations, faites pour soulager les cancéreux, les chirurgiens français figurent pour une part aussi minime.

CHAPITRE II

Impuissance du traitement médical. — De l'utilité d'un diagnostic précoce permettant une cure radicale. — Difficulté et impossibilité de ce diagnostic. — De la laparotomie exploratrice.

Le cancer de l'estomac est, après celui de l'utérus, la manifestation viscérale la plus fréquente de la diathèse cancéreuse. Le pylore est la région le plus souvent lésée. C'est ainsi que Gussenbauër et Winiwatter (1) ont montré, dans une statistique que, sur 903 cancers de l'estomac, la néoplasie avait 542 fois atteint le pylore. Leddherhose (2) a fait une statistique analogue. Sur 60 cancers de l'estomac, 39 fois le néoplasme s'était développé à la région pylorique.

Les traitements nombreux qui ont été préconisés, tous d'ailleurs avec un égal insuccès, montrent combien notre thérapeutique est impuissante. En présence d'un cancer de l'estomac, le médecin se trouve désarmé, et ne peut, pour l'heure tout au moins, fonder sur la pharmacopée les moindres espérances pour obtenir la guérison. Aussi le traitement du cancer de l'estomac est-il encore purement symptomatique. On cherche à calmer la douleur, à arrêter les vomisse-

---

(1) *Arch. de Langenbeck*, t. XIX.
(2) *Ibid.*

ments, à prévenir par l'antisepsie stomacale, les phénomènes d'auto-intoxications qui ne peuvent qu'aggraver l'état du patient. Rien ne peut enrayer le néoplasme dans son évolution ; aucun médicament ne peut encore lutter contre les progrès de la cachexie, et bien souvent même, le médecin assiste, impuissant, aux derniers moments du malade, sans pouvoir trouver un moyen de mettre un terme à ses douleurs.

« On ne peut guère opposer que des palliatifs au cancer de l'estomac, disait Grisolle. Les fondants, le savon amygdalin, la ciguë, le calomel n'ont jamais guéri personne. On peut donner ces préparations pour calmer le moral des malades et leur faire prendre patience. Mais on ne doit pas espérer les guérir, ni par ce médicament, ni par aucun autre connu (1) »

Les paroles du célèbre clinicien restent vraies après 40 ans, et toutes les tentatives faites sont demeurées infructueuses. Aussi ne citerai-je que pour mémoire le *Condurango* dont le succès thérapeutique a été éphémère.

Cependant, Adamkiewicz, de Cracovie, aurait, paraît-il, trouvé un remède spécial, destiné à faire entrer la thérapeutique du cancer dans une voie nouvelle. Il injecte sous la peau de ses malades un liquide, de lui seul connu, et qu'il appelle la *cancroïne*. Ses effets seraient dans le cancer, identiques à ceux de la fameuse lymphe de Koch, la tuberculine, dans le lupus de la face. Après injection de ce liquide, les carcinomes réagiraient violemment, deviendraient le siège de rougeur, de gonflement considérable. Puis la nécrose se produirait, suivie bientôt de l'élimination de la néoplasie, sous forme d'eschares.

Mais, en Pologne, comme en Allemagne, les découvertes

---

(1) Grisolle. -- *Traité de pathologie interne*, t. I.

médicales de ce genre sont, paraît-il, moins du domaine scientifique et humanitaire, que du domaine commercial et industriel. Adamkiewicz, comptant, sans doute, sur de gros bénéfices, attend probablement d'avoir réalisé une fortune suffisante pour livrer le secret de la composition histo-chimique de son précieux médicament.

Adamkiewicz essaya tout d'abord sa lymphe sur des cancroïdes de la lèvre. Le résultat fut satisfaisant. Il obtint la guérison par élimination de la néoplasie. Il expérimenta alors sur des cancers du sein, de la langue, de l'œsophage, du larynx. Le résultat fut aussi heureux. Au mois d'octobre 1891, il rapporta, à l'Académie des sciences de Vienne, un cas de guérison de cancer de l'estomac, après injection hypodermique de cette précieuse *cancroïne*.

« Son malade atteint de cancer de l'estomac avait cinquante-neuf ans et souffrait depuis quatre ans. La région épigastrique était très douloureuse et l'on percevait une tumeur au niveau du rebord costal gauche. On trouvait des ganglions engorgés dans les fosses sus-claviculaires. Le malade qui avait eu des hématémèses était très cachectique; il était jaune et d'une maigreur extrême; il avait enfin de l'œdème des deux jambes. Adamkiewicz commence ses injections de cancroïne le 27 avril 1891. Deux jours après les ganglions sus-claviculaires ont disparu ainsi que l'œdème des membres inférieurs. L'appétit revient les jours suivants ; les douleurs cessent et six semaines après le malade a augmenté de 4 kilogr. Le 16 juin, c'est-à-dire *moins de deux mois après le début du traitement, Adamkiewicz le regarde comme guéri.* »

Un résultat aussi brillant et aussi rapide dans une affection réputée incurable est, sans doute, parfait. Mais il nous est permis de faire à son sujet un certain nombre de restrictions et de ne l'admettre que sous toutes réserves. Du reste, le

mystère dans lequel l'auteur tient à cacher sa découverte doit nous inspirer quelques doutes. Rappelons-nous la lymphe de Koch qui fut, pendant quelques semaines, le spécifique par excellence de la tuberculose, alors qu'elle était la propriété exclusive d'un gouvernement. Mais quand elle fut tombée entre les mains d'expérimentateurs sérieux son procès fut vite jugé; et aujourd'hui, condamnée comme dangereuse par tous les médecins, elle s'est réfugiée dans l'art vétérinaire où, paraît-il, elle rend de signalés services pour reconnaître de bonne heure les vaches pommelières (1).

Aussi, jusqu'à plus ample communication d'Adamkiewicz, nous dirons qu'il n'y a encore aucun traitement médical qui puisse guérir le cancer de l'estomac. La chirurgie peut-elle nous prêter un plus utile concours? Les résultats obtenus jusqu'ici dans la résection du pylore cancéreux ne plaident guère en sa faveur. La mort est fréquente et la récidive fatale.

Cependant, les cancers du sein, de la lèvre, enlevés hâtivement ne récidivent pas toujours et le malade est souvent guéri après une large ablation. Pourquoi n'en serait-il pas de même pour un cancer de l'estomac opéré tout à fait au début de son évolution? Mais, s'il est facile d'opérer, de bonne heure, un néoplasme du sein ou de la lèvre, il n'en est pas de même pour une tumeur de l'estomac. Celle-ci reste longtemps sans attirer l'attention; les signes par lesquels elle se manifeste sont souvent trompeurs. La difficulté du diagnostic est la première cause de l'impossibilité de la cure radicale du cancer de l'estomac.

---

(1) On lira avec le plus grand intérêt les expériences faites dans ce sens et rapportées par C.-H. Spronck. — Voir son article : *Tumeurs malignes et maladies infectieuses*, publié dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, 25 octobre 1892.

« Autrefois, le cancer de l'estomac était pour ainsi dire classique, et il semblait que rien ne fut plus facile que de séparer des autres affections de l'estomac, le cancer de cet organe. Aujourd'hui nous sommes loin d'avoir la même assurance et l'on peut dire que dans un grand nombre de cas, il est non seulement difficile de diagnostiquer le cancer, mais qu'il est presque impossible de le faire (1). »

Sans doute, des vomissements alimentaires, des hématémèses accompagnées de vives douleurs épigastriques, survenant chez un sujet ayant dépassé la quarantaine, amaigri, présentant un teint jaune terreux pourront, à peu près sûrement, nous faire penser à un cancer de l'estomac. Mais si tous ces signes, auxquels s'ajoute souvent la présence d'une tumeur épigastrique reconnue par la palpation, nous permettent de diagnostiquer le cancer de l'estomac, nous ne devons pas oublier qu'il s'agit sûrement alors d'un néoplasme dont l'évolution remonte déjà à des mois; par conséquent, reconnu trop tard. Une intervention pratiquée à ce moment serait palliative; il serait absolument inutile de tenter l'ablation de la tumeur : le cancer est déjà trop étendu pour qu'une résection, même considérable, empêche la récidive.

S'il nous était permis de pouvoir, au moyen de signes certains, reconnaître le cancer de l'estomac de très bonne heure, il y aurait peut-être beaucoup à espérer d'une intervention radicale et hâtive.

Malheureusement, le diagnostic du cancer de l'estomac, déjà très difficile à faire quand la néoplasie est arrivée à une période avancée, est à peu près impossible quand la tumeur n'a pas acquis certaines dimensions.

---

(1) Dujardin-Beaumetz. — Maladies de l'estomac 1891.

Un rapide examen des principaux symptômes du cancer nous montrera que, dans l'état de nos connaissances actuelles, on ne peut guère espérer faire du cancer de l'estomac un diagnostic précoce.

Au début, la *douleur* n'existe généralement pas; du reste, ce signe, même à une période avancée, n'a guère de valeur, et nous voyons Dujardin-Baumetz le considérer comme un des plus infidèles. Et il a bien raison, dans la grande majorité des cas. Du reste, les exemples historiques ne sont-ils pas là pour vérifier le fait? Claude Bernard et Milne-Edwards n'avaient-ils pas été, par les médecins, tous les deux condamnés comme atteints de cancer de l'estomac?

L'*anorexie* ne pourra, dans le cas qui nous intéresse, entrer en ligne de compte. Elle ne dépend pas de la néoplasie, mais de l'état de la muqueuse; or, la muqueuse de l'estomac peut rester assez longtemps avant d'être atteinte par le néoplasme, et les troubles digestifs ne se montreront que lorsque son ulcération sera déjà avancée, c'est-à-dire à une époque où le néoplasme aura pu envahir les organes voisins et infecter les ganglions.

Nous devons dire cependant que, dans bien des cas, le cancer se développant dans des estomacs atteints de gastrite, si des troubles dyspeptiques se montraient dès le début, ils seraient moins imputés, peut-être, au cancer, qu'à l'inflammation chronique dont la muqueuse était depuis longtemps le siège. Ainsi, nous ne pouvons fonder de grandes espérances sur cette *anorexie élective*, autrefois regardée comme pathognomonique, sur ce profond dégoût de la viande et des matières azotées, considéré comme classique par certains auteurs, mais qui cependant ne sont pas toujours des indices fidèles du cancer de l'estomac, même à un stade avancé de son développement.

Baumetz (1), Arnozan (2) ont vu des malades conserver jusqu'à leur mort un appétit parfait; et Marc Mathieu (3) rapporte le cas d'un jeune soldat, victime d'un appétit féroce, longtemps soigné pour le ver solitaire, chez qui l'autopsie montra la présence d'un cancer de l'estomac que rien pendant la vie n'avait pu faire soupçonner.

Quant aux *vomissements* alimentaires ou sanguins, nous ne devons pas espérer les rencontrer à ce moment-là; ou, si on les voit survenir, ils sont probablement imputables à une lésion préalable de la muqueuse gastrique. Les vomissements et les hématéméses, deux des bons signes du cancer de l'estomac, ne sont pas très précoces; ils sont l'indice d'un certain degré de sténose pylorique et d'ulcération de la muqueuse.

Trousseau et Brinton ont dit que la *constipation* était la règle au début du cancer de l'estomac; Leube a prouvé que cette assertion était fausse.

Ce rapide exposé des signes fonctionnels nous montre suffisamment qu'aucun d'eux ne peut nous permettre même de soupçonner le cancer de l'estomac au début.

Les *signes physiques* ont encore moins de valeur. Nous ne pouvons en effet compter, par la palpation, découvrir l'*infiltration néoplasique* dans la paroi gastrique; la *dilatation de l'estomac* que la percussion et la succussion pourront nous déceler, n'aura aucun rapport avec le néoplasme naissant; ce sera un phénomène purement connexe. Quant à l'*ascite*, l'*œdème*, la *phlegmatia alba dolens*, le *purpura*, ils sont des

---

(1) Dujardin-Baumetz. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 1884.

(2) Arnozan. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1879.

(3) Marc Mathieu. — *Le cancer précoce de l'estomac*. Th. Lyon, 1884.

manifestations de la cachexie cancéreuse trop avancée pour que nous puissions espérer les rencontrer ici.

L'adénopathie à distance signalée d'abord par Wirchow, puis étudiée par Troisier (1), ne nous fournira aucun renseignement utile. Les ganglions sus-claviculaires sont fréquemment pris dans le cancer de l'estomac (14 fois sur 27 cas (Troisier); mais encore faut-il que le néoplasme ait atteint un certain développement. Or, il est à supposer qu'au début de l'évolution du cancer de l'estomac, les ganglions sus-claviculaires seront aussi indemnes que ceux de l'aisselle quand le cancer du sein commence à se développer.

Après les découvertes de Van den Velden et de Riegel, on pensa que l'*examen du suc gastrique* permettrait de diagnostiquer à coup sûr le cancer de l'estomac. Mais l'*anachlorhydrie* constante notée par ces auteurs fut combattue par Von Mering et Guntzburg qui, au moyen de réactifs sensibles à l'acide chlorhydrique à 1/20 pour 1000, démontrèrent que l'anachlorhydrie n'était pas aussi fréquente qu'on le pensait et qu'elle n'avait pas la valeur diagnostique que lui accordaient Velden et Riegel. Leurs recherches ont été confirmées par MM. Debove, Hayem, A. Mathieu. « La disparition de l'acide chlorhydrique ne dépend pas, dit Ewald (2), d'une influence mystérieuse du carcinome sur la production de l'acide chlorhydrique, mais seulement d'une gastrite concomitante catarrhale ou atrophique ».

L'anachlorhydrie, qui peut se montrer dans le cancer de l'estomac, suppose une lésion de la muqueuse, par conséquent une tumeur déjà ancienne. L'analyse du suc gastrique ne nous

---

(1) Troisier. — *Arch. gén. de méd.*, 1889.
(2) Ewald. — *Traité des maladies de la digestion*, 1889.

sera d'aucun secours pour faire un diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Nous n'obtiendrons pas de meilleurs résultats par *l'examen de l'urine*. On sait, en effet, que Rommelaer (1) avait posé en principe que lorsque, chez un dyspetique, l'urée tombait au-dessous de 12 grammes, on devait songer au cancer de l'estomac. Mais cette assertion a été vivement attaquée par Deschamps, Dujardin-Beaumetz, A. Robin (2), qui ont montré que la diminution de l'urée ne dépend pas du cancer, mais est en rapport avec la nutrition. L'urée peut rester normale ou même augmenter chez les cancéreux qui continuent à s'alimenter, et d'autre part, elle peut diminuer chez un malade atteint d'une gastrite chronique et qui se nourrit mal. Or, deux cas peuvent se présenter : ou bien le cancer évolue dans un estomac à muqueuse normale et le taux de l'urée ne sera que peu ou pas modifié ; ou bien le cancer se développe chez un sujet atteint de gastrite chronique, dyspeptique depuis longtemps, et la proportion d'urée tombera au-dessous de la normale. Les indications fournies par l'examen de l'urine dans l'un et l'autre cas seront assez insignifiantes. Dans le premier, l'urée se montrant dans des proportions rationnelles fera écarter le diagnostic du cancer qu'on aurait eu tout d'abord tendance à poser ; dans le second, on pourra à juste titre supposer le cancer, puisqu'il existe, mais le signe sur lequel s'appuie le diagnostic est moins dû à la néoplasie qu'à l'inflammation ancienne de la muqueuse.

Du reste, il ne faut pas oublier que cette diminution du taux normal de l'urée peut se rencontrer dans des affections autres

(1) Rommelaer. — *Journ. méd. de Bruxelles*, 1883.
(2) A. Robin. — *Gazett. méd.* Paris, 1884.

que celles de l'estomac. N'en voyons-nous pas tous les jours la preuve dans les néphrites, les hépatites, la tuberculose?

L'*hypophosphaturie*, étudiée par Rommelaer dans le cancer, est admise en partie par M. Jaccoud; mais elle ne peut être sensible que lorsqu'il s'agit d'un estomac, depuis un certain temps déjà, envahi par le mal.

Les intéressantes recherches du professeur Hayem sur le *sang des cancéreux* nous ont appris que, dans le cancer de l'estomac, on peut observer des altérations de nombre et de formes des globules rouges et des leucocytes, des altérations morphologiques des hématoblastes, la diminution des chlorures du sang et de l'hémoglobine.

« Malheureusement, dans la phase initiale du cancer, les globules restent normaux. Ce n'est qu'au bout d'un temps variable que commence la déglobulisation progressive qui, dans certains cas, atteint un degré extrême avant la mort. »

En résumé, on peut dire que, de tous les signes qui viennent d'être énumérés, aucun d'eux, pris séparément, ne peut nous permettre, même de supposer l'évolution d'un cancer de l'estomac. Mais par le groupement d'un certain nombre de ces signes, le médecin pourra avoir, peut-être, comme un pressentiment du mal dont le viscère commence à être atteint. Des troubles digestifs vagues, survenant chez un homme ayant dépassé quarante ans, dans les antécédents duquel on trouve quelque cancer de l'utérus, du sein, du rectum, devront, dans ce sens, éveiller notre attention. Mais ici, il n'y a pas lieu de rester longtemps dans le domaine de l'hypothèse et d'attendre que des phénomènes plus accusés viennent nous permettre d'établir à peu près sûrement notre diagnostic. Nous devons précéder le mal dans sa marche; et si nous pouvons espérer la cure radicale du cancer de l'estomac, c'est en l'attaquant tout-à-fait à son origine. Un

épithelioma du sein, enlevé à temps, guérit sûrement; plus tard le traitement ne sera que palliatif; la tumeur aura pris un caractère de malignité en se développant. Il doit en être de même pour le cancer de l'estomac.

Les signes fonctionnels et physiques ne pouvant nous donner des renseignements sûrs, avons-nous à notre disposition d'autres moyens d'investigation nous permettant d'acquérir des notions plus précises sur l'affection gastrique que nous n'avons pu que soupçonner?

La *gastroscopie* (1) qui a été employée en Allemagne par Billroth, Wolfler, Mickülіz est d'une manœuvre très difficile. Elle ne peut donner des résultats positifs qu'en des mains expérimentées. Elle suppose d'abord une parfaite connaissance de la muqueuse de l'estomac à l'état normal et des modifications qu'elle présente sous l'influence des divers phénomènes physiologiques dont elle est le siège. Mais le cancer de l'estomac ne déterminant pas au début de graves lésions de la muqueuse, l'examen endoscopique pourra rester négatif et le diagnostic de néoplasie, tout d'abord mis en avant, pourra, dans quelques cas, être retiré parce que la muqueuse sera ou aura semblé saine. Le médecin et le malade s'abandonneront à une douce confiance pendant que le cancer continuera son évolution. Je ne veux pas, par là, déconseiller l'endoscopie, mais je ne la considère que comme un agent de médiocre valeur pour le diagnostic.

Il est un autre moyen, encore traité de peu scientifique et de barbare, surtout par les médecins qui déplorent de voir la chirurgie empiéter de jour en jour sur le domaine de l'ancienne médecine. Je veux parler de la *laparotomie exploratrice*.

---

(1) Mickuliz. — *Wien. Méd. Press.* n° 45. 1881. — Baratoux. — *De la Gastroscopie. Prog. Médical,* 27 mai 1882.

Ce mode de diagnostic est à peu près passé dans les mœurs médicales en Allemagne et en Amérique.

Il n'en est malheureusement pas encore de même chez nous. Et il n'est pas douteux qu'un médecin qui offrirait à un de ses clients, chez lequel certains signes légers pourraient seuls faire soupçonner un cancer de l'estomac au début, de lui ouvrir le ventre pour assurer son diagnostic serait vertement éconduit et taxé de folie et d'incapacité. Et cependant cette incision abdominale, au fond sans danger, serait peut-être le plus sûr moyen de prévenir, pour plus tard, des souffrances intolérables.

« J'ai déjà montré, dit Guinard, combien cette pratique était répandue à l'étranger et combien elle répugnait en France à la majorité des chirurgiens. C'est peut-être plus encore aux malades qu'il est difficile de la faire accepter chez nous. C'est pour moi une surprise toujours nouvelle, de voir combien, en Allemagne, les malades se soumettent passivement aux explorations des chirurgiens, même quand il s'agit de faire une laparotomie pour introduire la main dans la cavité abdominale. Je ne peux m'empêcher de croire que bien peu de malades, chez nous, au début d'un cancer de l'estomac, alors qu'il n'existe que des signes légers et douteux, consentiraient à se soumettre à une laparatomie exploratrice. Et cependant c'est à cette période de début seule qu'on aurait quelque chance de faire une opération vraiment utile. On en est réduit en France à ne se poser la question de l'intervention chirurgicale qu'en présence de malades arrivés à la période la plus avancée de leur mal. Ce sont eux qui le plus souvent, alors, vous forcent la main et « menacent » le chirurgien de se suicider s'il ne les opère pas. Notons d'ailleurs que si le médecin avait, en temps utile, c'est-à-dire au début de leur maladie, proposé à ces mêmes malades une laparotomie exploratrice,

il eût été le plus souvent accueilli par une fin de non recevoir. C'est pourtant là qu'est l'avenir de la chirurgie de l'estomac, et il faut le publier bien haut.

» L'incision exploratrice doit être faite aussitôt qu'on a un doute sur la nature d'une affection de l'estomac. Il est bien entendu que je la suppose absolument innocente et ne pouvant pas mettre en péril la vie du malade. On peut dire maintenant que, dans un service de chirurgie organisé, la laparotomie est devenue une opération pour ainsi dire courante ».

Du reste, il serait facile de citer, ici, une longue série de laparotomies exploratrices faites par des chirurgiens du plus rare mérite et qui ne furent suivies d'aucune complications fâcheuses.

Au deuxième Congrès des chirurgiens allemands, en 1882, nous voyons Billroth (1) déclarer que dans 21 cas il a fait des laparotomies purement exploratrices et qu'il n'a pas eu d'accidents.

Des faits identiques sont relatés par Bernays, de Saint-Louis, dans les *Annals of Surgery* 1887, Rupprecht, dans les *Archives de Langenbeck* 1885.

Au 62e Congrès des *naturalistes allemands*, Czerny en a rapporté une série de douze cas ; Kronlein, de quatorze ; Schœnbron et Link (2) en ont également mentionné plusieurs observations.

Faite par un chirurgien habile et aseptique, quels sont les dangers auxquels la laparotomie expose le patient? Le shock n'est pas à craindre : le sujet à qui on ouvre le ventre est

---

(1) *Berlin Klin. Wochen*, 1882

(2) *Wien. Klin. Woch*, 1889.

encore en bonne santé, et l'intervention ne durera que quelques minutes. Du reste, n'est-il pas fréquent de voir en gynécologie pratiquer des laparotomies qui bien souvent ne sont qu'exploratrices? Le chirurgien commence une opération dans le but d'enlever une tumeur fibreuse de l'utérus, les trompes ou les ovaires. Parfois, trouvant des adhérences trop considérables, ou même des ovaires en trop bon état, il se contente de refermer la plaie. Le diagnostic est ainsi confirmé ou rectifié et non seulement la laparotomie exploratrice est sans dangers, mais elle peut encore avoir un *effet curateur*.

Lawson Tait le premier attira l'attention sur la disparition complète des tumeurs abdominales et pelviennes après une simple ouverture de l'abdomen.

White (1) a fait un appel à tous les chirurgiens américains, et beaucoup ont répondu mentionnant de nombreux faits de guérison de tumeurs abdominales guéries par la laparotomie exploratrice.

« La liste est tellement longue qu'il serait impossible de citer tous ces faits même sommairement. Bornons-nous à dire que l'on a vu ainsi guérir, par le fait de la laparotomie, des tumeurs siégeant dans tous les viscères contenus dans l'abdomen et le bassin. On cite même des cas de guérison de tumeurs de l'estomac et de l'intestin, ou de siège mal déterminé comme certaines tumeurs occupant le péritoine ou le tissu cellulaire sous-péritonéal.

» De même, dans les diverses observations publiées, il s'agissait de tumeurs des plus variées : fibreuses, myxomateuses, sarcomateuses et même cancéreuses. Dans quelques

---

(1) White. — A supposed curative effect of opérations, *per se* (*Annals of surgery*, Philadelphia, août et septembre 1891).

cas, en effet, où il y eut simplement une amélioration consi dérable et de longue durée, la nature cancéreuse de la tumeur a été constatée plus tard après la mort des malades.

» J'ai observé pour ma part un cas de cancer du péritoine, avec ascite, qui fut tellement amélioré par une simple incision exploratrice que l'on put croire à une guérison complète pendant deux ans. Mais au bout de ce temps, les symptômes du début reparurent et la malade ayant fini par succomber, on put s'assurer de la nature cancéreuse du mal (1). »

M. Richelot a longuement discuté cette question de l'effet curateur de la laparotomie, devant la Société de Chirurgie, en octobre 1891.

On ne sait pas comment elle agit, on constate simplement les faits, et de nombreuses hypothèses ont été émises.

A Bordeaux, M. le professeur Demons, M. le professeur agrégé Villar ont obtenu de très bons résultats, pour tumeurs abdominales, par la laparotomie exploratrice.

La laparotomie nous semble donc le meilleur moyen de faire un diagnostic précoce. Le ventre ouvert, le chirurgien peut faire une exploration rapide de l'estomac; se rendre *de visu* un compte exact de son état; il recherchera si, en quelque point, la paroi n'est pas déjà infiltrée par le néoplasme qui commence à évoluer; et si, par hasard, il constate cette infiltration cancéreuse il pourra alors, en dépassant largement les limites du mal, tenter avec succès la cure radicale. Faite dans ces conditions la résection de l'estomac ne sera pas très grave, car le sujet sera encore très résistant, et elle n'exposera pas à une récidive.

(1) Duplay. — *Semaine médicale*, 6 janvier 1892.

« Je crois pouvoir dire que la la parotomie exploratrice, pratiquée dès le début d'une affection de l'estomac, est une opération tout à fait innocente. Nous n'avons d'ailleurs pas le choix. Si l'on veut faire une résection de l'estomac utile, il faut la faire précoce. Et le seul moyen que nous ayons, dans la majorité des cas, de faire un diagnostic précoce, c'est de pratiquer la laparotomie exploratrice. Je pense avoir bien démontré que lorsque le cancer a déjà formé une volumineuse tumeur, qui adhère plus ou moins aux organes voisins et qui a infiltré plus ou moins les épiploons, la résection ne peut fournir que des résultats précaires et ne donne au chirurgien que l'illusion d'une cure radicale. Ce qui est nécessaire, je le répète, c'est le diagnostic précoce, Or, le seul moyen de faire un diagnostic précoce, c'est-à-dire de remplir la condition primordiale et nécessaire du succès thérapeutique, c'est de pratiquer de bonne heure la laparotomie exploratrice. »

Donc, tant que la laparotomie ne sera pas devenue un moyen d'investigation courant, nous ne pourrons espérer que des traitements palliatifs du cancer du pylore.

Ces traitements palliatifs sont tous chirurgicaux. J'ai montré au début de ce chapitre que la médecine pure était impuissante à guérir et même quelquefois à soulager les sujets atteints du cancer de l'estomac. Ces opérations palliatives ont toutes le même but : faciliter le passage des aliments et des sucs intestinaux de l'estomac dans l'intestin ; supprimer les douleurs et les vomissements ; lutter contre l'inanition. Mais tous n'ont pas une égale valeur. Ce travail est consacré à celui de ces procédés qui semble donner les meilleurs résultats. C'est la gastro-entérostomie ou opération de Wolfler. Je la propose comme pis-aller en attendant que la cure radicale du cancer de l'estomac se pratique d'une façon certaine.

CHAPITRE III

Manuel opératoire de la gastro-entérostomie

Ce chapitre est uniquement consacré au manuel opératoire de la gastro-entérostomie qui comprend quatre temps :

1° Laparotomie ;

2° Exploration de la région et ouvertures gastro-intestinales ;

3° Gastro entéro-raphie ;

4° Sutures musculaires et cutanées.

Mais avant d'entrer directement dans le cœur du sujet, il est quelques questions d'ordre secondaire, sur lesquelles je crois utile d'attirer l'attention, car elles ont été, il n'y a pas longtemps encore, le sujet de discussions à la Société de chirurgie (1). Elles ont trait aux lavages de l'estomac avant l'opération ; à l'anesthésie et aux divers moyens de la produire.

I. — Doit-on faire des *lavages de l'estomac* répétés avant l'intervention opératoire ?

---

(1) Voir *Bulletins de la Société de chirurgie* du mois d'octobre 1892.

Billroth (1) les fait avec de l'eau tiède simplement ; d'autres ont recours à des solutions antiseptiques.

C'est ainsi que Rydygier (2) emploie l'acide salicylique en solution à 1/000 ; Ratimoff (3) à 2/1000 ; Kocher (4) à 3/1000 ; Czerny (5) use des solutions beaucoup plus énergiques : elles sont à 1/10.

Heinecke (6) a recours à l'acide borique.

Novaro (7) se sert d'une solution de bicarbonate de soude tiède.

L'estomac est lavé une ou deux fois par jour pendant la semaine qui précède l'opération. Le lavage pourra, sans inconvénient, être fait une heure avant l'intervention.

Carl Lauenstein (8), de Hambourg, prétend que ces lavages, indépendamment de l'asepsie gastrique, mettraient le sujet à l'abri du collapsus intra et post opératoire en provoquant une diurèse abondante, par la pénétration d'une grande quantité de liquide absorbé par l'estomac, dans le système vasculaire. Cependant, même après des lavages abondants, dans lesquels 20 litres de liquide avaient été employés, Novaro n'a jamais constaté cette diurèse.

Caselli (9) pense que les lavages prédisposent au shock. — Georges T. Beatson (10) les proscrit chez les personnes

---

(1) *Langenbeck. Arch.*, Bd. XXXIX, p. 785.
(2) *Ueber Pylorus resection ; Samml. Klin. Vort*, 1882.
(3) RATIMOFF. — *Bullet. médical*, 1888.
(4) STREIT. — *Deutsch. Zeit, Chir.* 1888, vol. VXVII.
(5) CZERNY. — *Vienn. med. wochen*, 1884, n° 17.
(6) SCHOULAU — *Th. inaug. Erlangen*, 1884.
(7) NOVARO. — *Contrib. alla chire della stomaco, Sienne*, 1890.
(8) LAUENSTEIN. — *Congrès de la Société allemande de chirurg.*, 1889.
(9) CASELLI. — *Xe Cong. de l'Assoc. med. italienne*, octobre 1892.
(10) BEATSON. — *The Lancet*, octob. 1890.

nerveuses et très affaiblies. — Buchanam (1) croit bon de ne pas en faire avant l'opération.

M. Dubourg a vu une légère syncope produite pendant le lavage (2).

Jaboulay les pratique soit avec une solution légèrement antiseptique, soit avec de l'eau bouillie. — Doyen (de Reims), procède de même.

Dans une récente discussion, au sein de la Société de chirurgie, au sujet d'une gastro-entérostomie pratiquée par M. Paul Reclus, des avis un peu différents ont été émis.

M. Schwartz se demande si le lavage est indispensable. — M. Terrier le regarde comme une bonne précaution. — Sans le considérer comme absolument nécessaire, M. Reclus le croit utile.

Il sera donc indiqué, à mon sens, de faire toutes les fois qu on le pourra, l'asepsie de l'estomac par des lavages, soit avec de l'eau simplement bouillie, soit avec une solution tiède, boriquée ou salicylée. C'est du reste de cette façon que nous avons procédé avec M. Villar.

Il sera bon, également, d'assurer une évacuation, aussi complète que possible, du tube intestinal par des laxatifs et des lavements répétés, même le jour de l'opération.

La question de l'anesthésie a été, il y a peu de temps, discutée à la Société de chirurgie (3). M. Reclus croit que l'anesthésie par la cocaïne peut suffire; et elle offre de plus l'avantage de supprimer les vomissements post-opératoires. La cocaïne peut être indiquée pour une intervention qui ne

(1) Buchanam. — *Brit. med. journ.*, oct. 1888.
(2) Eug. Pépin. — Observation citée à la fin du travail.
(3) Société de Chirurgie. — Séances des 12 et 19 octobre 1892.

demanderait que quarante-cinq minutes, comme dans le cas de M. Reclus ; mais il n'est pas toujours possible d'aller aussi rapidement. L'opération a souvent duré plus d'une heure; une heure et quart dans l'observation de M. Dubourg qui est rapportée à la fin de ce travail; une heure et demie dans la nôtre, et bien souvent deux heures et plus encore.

Il serait à craindre, dans ces conditions, que la quantité de cocaïne injectée n'exposât le malade à une intoxication très grave.

M. Terrier considère le chloroforme comme nécessaire. Il n'est du reste pas prouvé que les vomissements qui surviennent après l'anesthésie par le chloroforme soient sous la dépendance de l'absorption de cet agent.

Les malades sur lesquels on opère sont généralement très affaiblis, et le collapsus est à craindre. Il a été souvent attribué au chloroforme.

Kocher, à Berne, commence l'anesthésie avec le chloroforme et continue avec l'éther, qui éviterait le collapsus cardiaque.

Novaro, pendant l'opération pratique des piqûres d'éther, donne des lavements excitants (alcool 20 gr., eau 80 gr., chlorure de sodium 50 centigr.), et si l'intervention dure plus d'une heure, il cesse la chloroformisation. Il a observé que, grâce à l'injection hypodermique de morphine qu'il pratique toujours avant de procéder à l'anesthésie, il persiste après la cessation du chloroforme, une longue période d'analgésie suffisante pour permettre de terminer l'opération sans provoquer de vives douleurs.

Si le chirurgien, craignant une opération laborieuse, redoutait l'anesthésie chloroformique, il pourrait recourir tout d'abord au bromure d'éthyle. Ce procédé, préconisé surtout

par Lucas-Championnière, a donné de bons résultats. M. Richelot (1) le recommande surtout chez les vieillards, les cardiaques. Il est permis de supposer que chez les gens débilités comme les cancéreux, il pourrait rendre de grands services.

Certains opérateurs, Hahn et Villar sont du nombre, ont tenté l'opération sans anesthésie.

La question des bains n'est pas aussi importante. Si certains chirurgiens les considèrent comme contre indiqués, le jour même de l'opération dans les cas de pylorectomie, à cause de l'affaiblissement et surtout de la tendance au refroidissement qu'ils occasionnent, ces craintes ne paraissent pas aussi légitimées pour la gastro-entérostomie; et la veille de l'intervention un bain antiseptique, soit au sublimé, soit au borate de soude, pourra sans danger être donné au patient.

II. — Ceci étant dit, passons maintenant au manuel opératoire, et voyons d'abord en quel point devra être faite la *laparotomie*, c'est-à-dire le premier temps.

Chaque opérateur a proposé une ligne d'incision de son choix; le nombre doit par conséquent en être assez considérable.

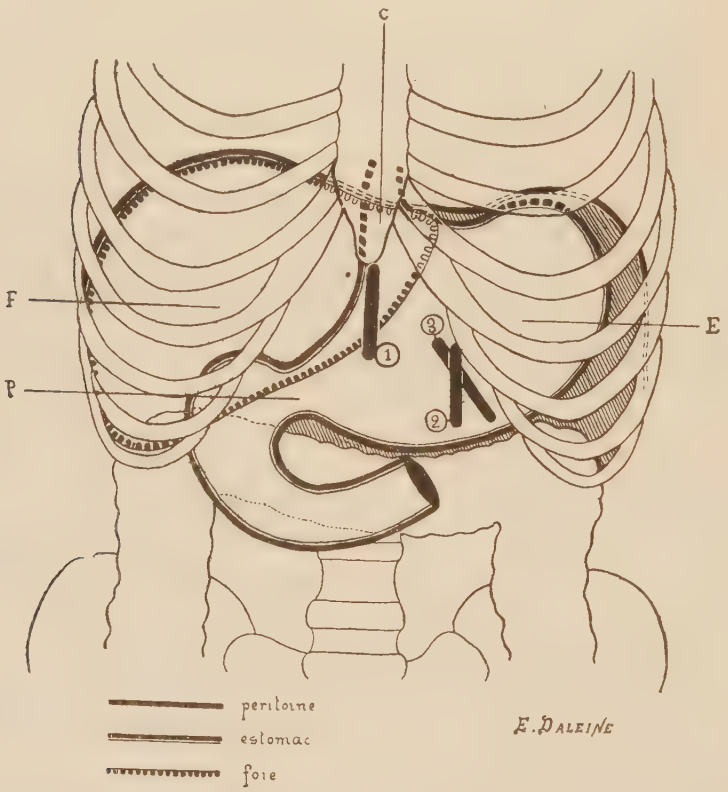
Ces procédés peuvent être rangés sous trois chefs.

Nous trouvons d'abord l'*incision médiane sur la ligne blanche*, longue de 10 à 15 centimètres, faite entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic.

En deuxième lieu, l'*incision oblique*; elle commence à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et se dirige ensuite parallèlement à l'arc costal droit ou gauche à trois travers de doigt au-dessous de lui. Sa longueur est de 12 centimètres.

(1) Richelot. — Société de Chirurgie, 19 octobre 1892.

Certains chirurgiens ont combiné les deux premières incisions. Du milieu de l'incision verticale sur la ligne blanche on fait partir une deuxième incision à direction transversale.



Diverses incisions abdominales : 1, incision médiane, couramment employée ; 2, incision sur le bord externe du muscle droit externe gauche (Rydigier) ; 3, incision oblique (Wolfler, Billroth, Péan).

Enfin, l'incision peut se faire suivant le *bord externe du muscle droit* du côté gauche.

Quelle est, de ces diverses incisions, celle qu'on doit préférer? La première est recommandée par Rydygier ; elle a été employée par Czerny, Kocher. Elle est également conseillée par Pozzi, Reclus, Dubourg, Villar, Jaboulay. « Il faut, dit ce dernier, faire une incision allant de l'appendice xyphoïde jusqu'au-dessous de l'ombilic, à un ou deux travers de doigt vers le pubis. On pourra l'agrandir si besoin est, c'est-à-dire si les manœuvres sur les anses intestinales étaient gênées. *Mieux vaut une incision trop grande.* Il faut opérer à l'aise et y voir clair (1) ».

Wolfler a reproché à cette incision de prédisposer à l'éventration. Kocher a observé une hernie très légère de la ligne blanche survenue deux ans après l'intervention. Weir a relaté un cas identique dans le *New-York Médical Jornal* du 10 janvier 1891. Mais ce sont là des faits exceptionnels.

Billroth et Wolfler ont été, momentanément, les défenseurs de l'*incision oblique.* M. Péan l'a également employée dans un cas, bien qu'il lui préfère l'incision médiane. Mais Rydygier a montré que l'exploration de la tumeur n'était pas plus facile avec l'incision oblique qu'avec la médiane, qu'elle exposait davantage à la suppuration (2) et qu'elle favorisait davantage l'éventration. L'*incision sur le bord externe du muscle droit,* conseillée par Rydygier, a été pratiquée par Mazuchelli, de Pavie, et par Billroth. La gaîne du muscle droit est ouverte ; mais Rydygier a condamné cette incision, après l'avoir recommandée, car elle prédispose à la suppuration de la plaie. En somme, avec mon maître et ami, le professeur agrégé Villar, je crois que l'*incision sur la ligne médiane est*

---

(1) Jaboulay. — *Archiv. prov. de chirurg.* t. I. 1892.
(2) Bardenheer. — *Centralb. f. chirurg.* 1882. n° 46.

la méthode de choix. L'important est d'être suffisamment éclairé. Si par cas l'incision médiane ne suffisait pas, on pourrait, à l'exemple de Lücke (1) et de Richter (2), de San-Francisco, ajouter à l'incision perpendiculaire une incision transversale de 5 à 6 centimètres. Les recherches faites sur le cadavre ont montré à Jonnesco (3) qu'elle permettait une exploration parfaite de la région pylorique.

III. — Nous arrivons maintenant au deuxième temps de l'intervention. Le ventre, une fois ouvert, le chirurgien doit être prompt dans ses décisions; toute perte de temps inutile ne fait que compromettre le succès de l'opération. Il doit, suivant le conseil de Rochwitz (4), rapidement explorer la région, s'assurer du volume, des adhérences, de l'extension du néoplasme. Il faudra aussi, d'après le même auteur, faire vivement, sans longues recherches, le choix de l'anse à mettre en communication avec l'estomac.

Le choix de cette anse intestinale ne saurait cependant être indifférent. Il importe, en effet, que l'intestin soit ouvert en un point rapproché de son origine, afin que le parcours des aliments dans sa cavité, ne soit pas trop abrégé, ce qui équivaudrait à la suppression de la digestion et de l'absorption intestinale. Il est à peu près impossible de reconnaitre à travers une simple incision de la paroi abdominale, dont la longueur ne dépasse pas dix à douze centimètres, à quelle région de l'intestin grêle appartient l'anse qui se présente dans la plaie. Les plus désagréables surprises se sont produites à cet égard. Roux, de Lausane, rapporte qu'à l'autopsie

---

(1) Lucke. — *Deutsch. Zeit. f. chirurg.* 1882, t. XVI.
(2) Richter. — *The Lancet*, 1882.
(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1891.
(4) Rochwitz. — *Deutsch. Zeit. Für. Chir.* 1887.

de sa première opérée, il constata avec une véritable stupeur qu'il avait ouvert l'intestin grêle en un point à peine distant de quarante centimètres de la valvule de Bauhin. La malade, si elle n'avait succombé aux suites immédiates de l'opération, eût été sûrement, dans un temps plus ou moins court, emportée par un grave défaut de l'alimentation. Le même accident est arrivé à Angerer, Lauenstein, Herbert. W. Page (1), Lees.

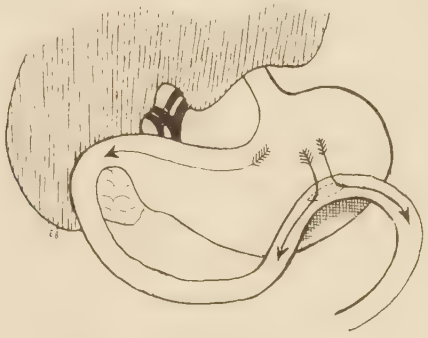


Schéma de la gastro-entérostomie.

D'une façon générale, autant que possible, on tachera d'établir l'*anastomose entre l'estomac et le jéjunum*.

Pour parer aux fâcheuses erreurs commises par les chirurgiens dont nous venons de citer les noms, Wolfler conseille d'introduire la main dans le ventre, à la recherche de l'angle formé par le duodénum, puis de suivre, à partir de là, l'intestin grêle qu'on ouvre en un point situé à cinquante

---

(1) A. Page. — *Royal Medc. and. Surgical Society*. 1889.

centimètres de son origine. Rochwitz blâme cette manière de faire. Il croit cette recherche de l'angle duodénal difficile; elle prolonge l'opération. Elle est par conséquent dangereuse. J'ai moi-même suivi le conseil de Wolfler dans les expériences que j'ai faites soit sur le cadavre, soit sur le chien. Sur ce dernier, la méthode recommandée par Wolfler donne de très bons résultats. Sur le cadavre la chose n'est pas toujours aussi facile.

D'après Rochwitz, on doit prendre la première anse qui se présente sous la main ; peu importe la longueur de l'intestin soustrait à l'action du sac digestif. « Au surplus, ajoute-t-il, l'évènement a montré qu'en agissant ainsi, on ne s'éloigne guère du duodénum. » Les faits, signalés plus haut, contredisent absolument l'opinion émise par ce chirurgien.

Et cependant Rochwitz a cherché un moyen qui permît de reconnaître à quelle hauteur l'intestin sera ouvert. Il recommande à cet effet d'avoir recours à l'expérience de Nothnagel. On sait qu'un morceau de sel marin, déposé sur une anse intestinale, détermine dans cette dernière un mouvement péristaltique se dirigeant vers le duodénum. En suivant l'anse dans la direction du mouvement péristaltique, on est sûr de s'écarter de la valvule de Bauhin. Mais cette expérience échoue presque toujours chez l'homme ou tout au moins ne donne que des renseignements insuffisants. Roux a employé ce procédé chez un de ses opérés et n'a obtenu aucun succès.

La méthode préconisée par Wolfler est donc la meilleure bien qu'elle ne soit pas toujours facile à mettre en pratique. C'est également le moyen que conseille Jaboulay, comme nous allons le voir tout à l'heure. M. Villar a, lui aussi, procédé de la sorte.

D'une façon générale, c'est une portion du jéjunum qui sera abouché avec l'estomac. Je ne ferai que citer pour mémoire

la gastro-duodénostomie de Péan. Ce procédé est rarement applicable à cause de l'invasion presque toujours fatale du duodénum par le néoplasme pylorique. La brièveté de cette portion de l'intestin, son peu de mobilité dans les cas de cancer, ne lui permettent de se mettre en contact, que dans un rayon restreint, avec l'une ou l'autre des faces de l'estomac.

Car l'anastomose de l'intestin se fait soit avec la face antérieure, soit avec la face postérieure de l'estomac. Le premier cas porte le nom d'*opération de Wolfler*; dans le deuxième on appelle l'intervention *opération de Von Hacker*

Voyons tout d'abord la *gastro-entérostomie antérieure* :

« Après la laparotomie, il faut attirer au dehors la paroi antérieure de l'estomac et la confier à un aide, dit M. Jaboulay. Celui-ci la saisit entre deux doigts de chaque main, en faisant un pli qui correspond au milieu de cette face antérieure, dans le territoire pauvre en vaisseaux, sur le trajet de la ligne horizontale passant par le milieu de l'orifice pylorique.

Puis le grand épiploon est relevé par devant l'estomac et le chirurgien insinue par dessous la main droite à la recherche de la troisième portion du duodénum. Il la suit et descend ainsi sur la première portion du jéjunum. L'anse jéjunale est suivie, la main l'attire au dehors du ventre et la fait passer *en avant de l'épiploon* jusqu'à ce qu'elle soit en face de l'estomac. A ce moment on la confie à un aide qui la saisit entre le pouce et l'index de chaque main, faisant ainsi sur la convexité, point le moins vasculaire, un pli qui s'oppose au pli stomacal (1). »

---

(1) Jaboulay. — *Loco citato.*

Mais cette manœuvre que décrit Jaboulay n'est pas toujours aussi facile. Dans le cas de M. Dubourg, par exemple, des adhérences ont empêché ce relèvement de l'épiploon. Aussi ce chirurgien n'hésita pas à se faire une voie, au travers de l'épiploon, pour tomber sur l'intestin grêle. C'est ainsi qu'ont également procédé MM. Péan, Terrier (1) et Villar. On peut soit inciser, soit déchirer l'épiploon. Ce procédé offre, il est vrai, quelques inconvénients : d'abord, le chirurgien s'expose à blesser les vaisseaux du côlon ; une gangrène du gros intestin en est souvent la conséquence ; enfin il est à redouter que l'anse intestinale engagée dans cette boutonnière épiploïque ne soit un jour comprimée par un véritable anneau cicatriciel.

Dans l'*opération de Von Hacker,* le jéjunum est amené au contact de la face postérieure de l'estomac qui a été préalablement séparé du côlon transverse. Une boutonnière longitudinale faite dans le méso-côlon transverse permet à l'intestin grêle de venir s'appliquer contre l'estomac qui, comme dans l'opération de Wolfler, a été soulevé et porté en avant. Cette modification apportée par Von Hacker aurait pour but de parer à un inconvénient : la compression du côlon transverse par l'anse intestinale mise en rapport avec la face antérieure de l'estomac, compression à laquelle ont été imputés le météorisme et des troubles digestifs amenant la mort par inanition. Mais on peut très bien faire la gastro-entérostomie antérieure sans amener de compression du côlon transverse.

---

(1) Terrier. — *Soc. Chirurg.*, 26 octobre 1892.

De ces deux procédés quel est le meilleur? « Le dernier est préférable, cela n'est pas douteux, dit Doyen (1). »

N'oublions pas que l'opérateur n'a pas toujours l'embarras du choix et on lira plus loin une observation de Kilner Clarke qui, ayant entrepris une gastro-entérostomie antérieure, dût pratiquer l'opération de Von Hacker, car il ne put amener, à cause des adhérences, la face antérieure de l'estomac et celle de l'intestin en contact.

Pour M. Schwartz, la gastro-entérostomie antérieure semble plus pratique; mais il est quelquefois facile d'atteindre la face postérieure.

M. Reclus préfère la gastro-entérostomie antérieure. C'est une opération simple. On peut attirer l'estomac au dehors ; l'opération sur la face postérieure semble plus compliquée et plus sérieuse.

M. Pozzi croit qu'il est préférable de faire l'incision en arrière. On évite ainsi la formation d'un clapier, la stagnation des matières qui se putréfient et donnent naissance à des accidents. M. Pozzi y voit encore un autre avantage : l'impossibilité du météorisme par compression du côlon transverse.

« Il me paraît tout à fait indifférent, dit M. Terrier, de placer la bouche stomacale sur la face postérieure ou sur la face antérieure ; et l'action mécanique me parait tout à fait étrangère à ce qui peut résulter du choix de l'une ou l'autre de ces faces. »

Jesset cependant, dans les réflexions dont il fait suivre deux observations de gastro-entérostomie pour cancer du pylore, parues dans *The Lancet* du 12 juillet 1890, préfère la gastro-entérostomie postérieure pour deux raisons :

---

(1) Doyen. — *Arch. provinc. de chirurgie.*

D'abord on ne s'expose pas à la compression de l'intestin, ensuite, il est beaucoup plus facile d'obtenir la coaptation des surfaces gastro-intestinales au moyen des plaques d'os décalcifié de Senn dont il sera parlé plus loin.

Mais, Hadra (1), après Von Hacker, qui avait tout d'abord préconisé l'anastomose sur la face postérieure, estime qu'il vaut mieux la pratiquer en avant, car il est alors beaucoup plus facile d'attirer entre les lèvres de la plaie abdominale les surfaces à suturer ; on opère ainsi en dehors de la cavité péritonale.

Comme l'a très judicieusement fait observer M. Pozzi, les faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'on puisse systématiquement se prononcer pour l'incision antérieure plutôt que pour l'incision postérieure. Aussi, je crois, c'est également l'avis de M. Villar, que le mieux est d'ouvrir à l'endroit qui paraîtra le plus commode.

On ne doit pas faire l'anastomose à la partie inférieure de l'estomac ; il est à craindre, en effet, que la situation du nouvel orifice dans une partie aussi déclive nuise à l'accomplissement intégral de la digestion gastrique. Les aliments avant leur élaboration complète par les sucs intestinaux auraient une tendance à passer dans l'intestin grêle. Du reste ce fait a été signalé par Hadra dans une communication faite à la Société médicale de Berlin.

IV. — L'anse intestinale et la face stomacale à anastomoser étant choisies, il ne reste plus au chirurgien qu'à établir la communication et à fixer solidement les deux viscères l'un à l'autre.

---

(1) Hadra. — *Berl. Klin. Woch*, 24 janvier 1892.

En quel point de l'estomac et de l'intestin doit-on faire l'incision ? Certains chirurgiens dans leurs observations n'en font nulle mention. La chose a cependant son importance, surtout à cause des hémorrhagies qui peuvent en être la conséquence et du nombre de ligatures artérielles auxquelles elles obligent l'opérateur.

Doyen, dans son article sur la chirurgie de l'intestin, des *Archives Provinciales de chirurgie*, recommande que l'ouverture de l'estomac soit parallèle à ses principaux vaisseaux. Celle de l'intestin doit être faite suivant son axe. « On évite ainsi pour l'estomac l'application de nombreuses ligatures et on ne risque pas de compromettre la vitalité de ses parois (1) » L'incision stomacale est faite perpendiculairement aux courbures de l'organe; celle de l'intestin est pratiquée longitudinalement sur sa face convexe, presque à l'insertion du mésentère.

Au moment où l'ouverture est pratiquée, ces organes sont attirés hors de la cavité abdominale dont les parois sont recouvertes de gaze iodoformée.

D'une façon générale, tous les chirurgiens, sauf Doyen, font les deux incisions parallèles et leur donnent une longueur de 4 à 5 centimètres environ. Par ce procédé, après sutures, l'ouverture gastro-intestinale reste linéaire. Avec le procédé de Doyen, elle est ovalaire. Ce sont là des détails qui n'ont pas, peut-être, suffisamment attiré l'attention des chirurgiens et qui cependant ont une certaine importance.

Dans une observation parue il y a quelques jours dans les *Archives provinciales de Chirurgie* (2), Jaboulay relate les

---

(1) Doyen. — *Loc. cit.*

(2) *Archives provinc. de chir.*, n° 5, 1er novembre 1892.

détails de l'autopsie d'un de ses opérés de gastro-entérostomie antérieure. Le malade était mort quatre jours après l'intervention. « A l'autopsie, l'estomac contenait une assez forte quantité de liquide, celui qui avait été absorbé pendant la vie après l'opération. Pourquoi ces boissons étaient-elles restées dans l'estomac? Les deux lèvres de la bouche anastomotique étaient exactement appliquées l'une contre l'autre, et rien ne pouvait passer de l'estomac dans le jéjunum, à moins de produire l'écartement de ces deux lèvres, qui revenaient au contact aussitôt après. »

Les lèvres de la muqueuse étant très gonflées et accolées l'une à l'autre, empêchaient, dans l'intervalle des contractions, tout au moins, les liquides de passer dans l'intestin. Avec l'incision linéaire et parallèle de l'estomac et de l'intestin, les sutures une fois faites, l'anastomose gastro-intestinale est virtuelle. Les deux lèvres sont en contact, leur gonflement ne fera que produire une occlusion encore plus complète.

Il y aurait peut-être lieu de modifier l'incision; on pourrait, par exemple, réséquer sur les faces de l'estomac et de l'intestin des lambeaux ovales ou arrondis, et après suture, on aurait ainsi une anastomose béante; le procédé de Doyen arrive au même résultat avec deux incisions, faites dans des plans différents sur l'estomac et l'intestin.

C'est en effet pour éviter l'inconvénient de la section linéaire, signalé par Jaboulay, que M. Villar a enlevé sur l'estomac et l'intestin *deux petits lambeaux elliptiques;* il a, de plus, réséqué la muqueuse, qui après suture des séreuses, faisait dans la lumière de l'anastomose un bourrelet volumineux. Ce procédé semble très pratique; son exécution en est fort simple; l'hémorrhagie est facile à arrêter par les seuls

points de suture, et il permet d'espérer une plus probable perméabilité du nouvel orifice.

L'important, je crois, est d'avoir un orifice de communication assez large. Or, il ne faut pas craindre de faire sur les deux parois gastrique et intestinale, des résections, en apparence, considérables.

M. Villar et moi avons répété ces résections sur le chien. Voici ce que nous avons pu constater :

Une incision elliptique de 6 centimètres de long sur un et demi à deux de large, est faite sur la face antérieure de l'estomac; une incision linéaire de 8 centimètres environ est pratiquée sur l'intestin grêle. Après sutures séreuses, le bourrelet muqueux est réséqué pour avoir deux surfaces linéaires et cruentées mises en contact.

La suture est complète. L'animal étant sacrifié aussitôt et l'estomac bien lavé pour permettre de l'examiner en détail, nous constatons que le nouvel orifice, qui paraissait tout d'abord considérable, admet à peu près le bout de l'index.

Si maintenant on tient compte de l'atrésie qu'entraîne, avec lui, le travail de réparation, il est à supposer que la cicatrisation étant complète, l'extrémité du petit doigt aurait peut-être difficilement pénétré dans l'orifice anastomotique.

Le chirurgien, quand il pratiquera ces incisions, ne devra donc pas craindre de les faire avantageuses, car après guérison parfaite, le diamètre de la nouvelle communication aura diminué de plus de moitié.

Ce rétrécissement a été noté par Villar dans l'autopsie de son opéré, et « nous avons constaté, dit-il, que l'orifice anastomotique n'était pas très considérable, et qu'il aurait, sans inconvénient, pu être plus large. Au moment de l'opération, nous avions cependant cru que la résection de deux lambeaux elliptiques tels que ceux qui avaient été enlevés sur l'intestin

et sur l'estomac formaient par leur rapprochement un orifice assez étendu. »

Au moyen de pinces, de clamps, de liens en gaze iodoformée, le chirurgien évitera le reflux des matières, encore en suspension dans les viscères, dans la cavité péritonéale.

L'incision se fait soit au bistouri, soit au thermo-cautère. Doyen rapporte une observation dans laquelle l'ouverture fut pratiquée au fer rouge.

Le bistouri est généralement employé. On pourra, dans le cas où le procédé de M. Villar sera mis en usage, se servir avec avantage de ciseaux courbes.

Doit-on inciser d'emblée les trois tuniques de l'estomac et de l'intestin? Dans toutes les observations que j'ai rencontrées, tant dans la littérature médicale française qu'étrangère, les chirurgiens ont procédé de la sorte. « Pour établir la boutonnière, dit Jaboulay, le chirurgien fait sur chacun des plis tenus par ses aides une ponction au bistouri, franche, intéressant les trois tuniques. Il est nécessaire de s'assurer, et cela surtout pour la section stomacale, que la muqueuse a été intéressée et que le bistouri n'a pas seulement glissé entre elle et la musculeuse en la décolant. Pour cela l'index gauche sera introduit dans la plaie et jusque dans la lumière du conduit stomacal et intestinal (1)».

Roux, de Lausane (2), conseille de ne diviser tout d'abord que les tuniques séreuse et musculaire en respectant la muqueuse. Deux rangées de fils sont ensuite placés : les uns superficiels, séreux, les autres plus profonds musculo-séreux. Alors seulement les deux muqueuses sont ouvertes et rapide-

---

(1) Jaboulay. — *Loc. cit.*

(2) Roux. — *Soc. chirurg.* 18 juillet 1889.

ment réunies l'une à l'autre par un dernier plan de suture.

Ce procédé, décrit avant Roux par Barker (1), en 1886 me semble compliquer inutilement l'opération. Il n'est pas facile de faire une incision simplement sero-musculaire ; il nécessite beaucoup de précautions.

Faire l'énumération des nombreux procédés de sutures, m'obligerait à citer presque tous les noms des auteurs qui ont pratiqué dans ces derniers temps des gastro-entérostomies.

D'une façon générale, tous les chirurgiens ont fait trois rangées de sutures : l'une muqueuse, les deux autres séro-musculeuses ou séreuses. Les deux étages de sutures séreuses sont faites séparément ou du même coup par le point de Gussenbaüer.

Pozzi, qui pratiqua le premier en France (2), la gastro-entérostomie ne fit pas de sutures muqueuses. Il affronta minutieusement les bords de la plaie intestinale à ceux de la plaie stomacale, en ayant soin de ne comprendre dans les anses de fil que la séreuse et la musculeuse et rejetant la muqueuse vers l'intérieur. Dans la première partie de la suture (c'est-à-dire dans celle qui est pratiquée sur la lèvre postérieure) les nœuds sont noués du côté de la cavité ; dans la dernière partie, vers l'extérieur. Une soixantaine de points sont ainsi appliqués. Les chefs de file sont conservés dans toute leur longueur et servent de moyen de traction et de tension. Quand cette première série est terminée, on applique une série de douze points de suture de Lembert, à un demi centimètre en dehors de la première rangée. Ceux-ci sont

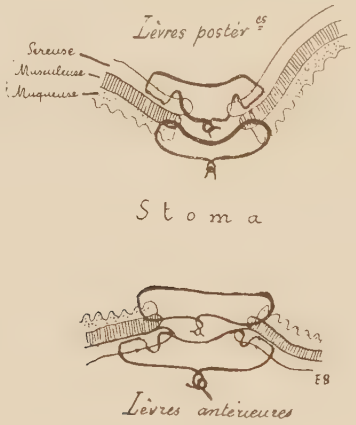
---

(1) Barker. — *British. Méd. Jor.* — Février 1886.

(2) Octobre 1887.

passés obliquement de façon à ne comprendre que la séreuse et une petite épaisseur de la musculeuse. Ils servent de soutien à la première série qui ne doit ainsi supporter aucun effort de traction et dont la seule mission est l'affrontement parfait.

Avant de procéder à l'incision des parois de l'estomac et de l'intestin, certains chirurgiens font, tout d'abord, deux plans de sutures sero-séreuses et musculo-séreuses, au niveau de la partie postérieure. Ils placent leurs fils d'attente à la partie



Suture de Jaboulay.

supérieure, incisent, font rapidement la suture muqueuse et ils n'ont plus qu'à serrer, en haut, leurs fils d'attente, pour que l'opération soit terminée.

« De tous les procédés de suture, conseillés pour des cas analogues, dit Jaboulay (1), celui qui me paraît le plus expéditif

(1) JABOULAY. — *Loco citato*.

et par suite le meilleur, car il faut aller vite, est celui dit des deux boutonnières. On fait un premier plan de suture sur les séreuses des deux lèvres postérieures, un deuxième sur les muqueuses de ces mêmes lèvres, un troisième sur les muqueuses des lèvres antérieures, un quatrième enfin sur les séreuses de celles-ci. Je fais pour le premier et le quatrième plans des sutures de Gussenbaüer. Pour ne pas faire le retournement des anses, ce qui serait compliqué et difficile, on passe les fils des lèvres postérieures de l'intérieur à l'extérieur. On obtient ainsi une économie de temps que nous avons constatée dans toutes les résections intestinales. »

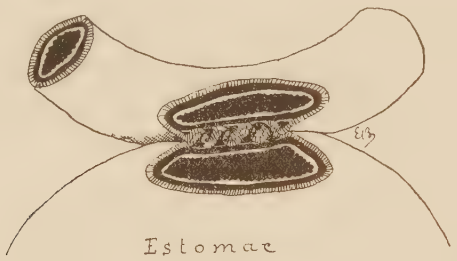
Jaboulay ne fait que deux plans de suture : l'un muco-muqueux, l'autre séro-séreux, quoique la suture de Gussenbaüer par son double point équivaille à deux étages de sutures. Il est bon de faire, pour plus de solidité, comme M. Reclus, trois plans de sutures.

« L'estomac étant vidé, on fait, dit ce chirurgien, un premier plan de points de suture séro-séreux, passant sur l'estomac, à deux centimètres au-dessus de l'incision et sur l'intestin aussi près que possible de l'insertion mésentérique afin de ménager l'étoffe intestinale. Un deuxième étage de points séro-séreux est placé à un centimètre au-dessus, puis l'intestin est incisé parallèlement à son axe dans une étendue de cinq centimètres. Les deux lèvres postérieures de la bouche stomacale et de la bouche intestinale étant suturées, les points de ces fils muco-muqueux serrés intérieurement et faisant par conséquent saillie dans la lumière de l'estomac et de l'intestin, nous passons ensuite aux lèvres antérieures, unies également par des points muco-muqueux, mais cette fois, en dehors. Il ne reste plus qu'à pratiquer au-dessus de notre anastomose deux étages de sutures séro-séreuses absolument semblables à ceux qui ont été faits au-dessous. »

Ce moyen assure un contact parfait entre les parois intestinale et gastrique — mais son exécution en est longue.

Presque tous les chirurgiens font la *suture à points séparés*.

Ce procédé a, je crois l'inconvénient d'être peu rapide, d'occasionner une perte de temps parfois très considérable qui peut avoir une très fâcheuse influence sur le résultat final.



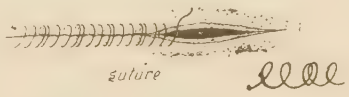
Premier et deuxième temps de la suture de Jaboulay.

Doyen, de Reims, emploie la *suture en surjets* tant pour la suture muco-muqueuse que pour les sutures séro-séreuses. Ce chirurgien a modifié un peu la suture en surjet ordinaire de telle sorte que pour les 3 ou 4 points le fil est arrêté en repassant l'aiguille au travers du point précédent. « Ce procédé de suture que nous avons employé exclusivement depuis plusieurs années pour l'estomac et l'intestin nous a donné les meilleurs résultats. La rapidité d'exécution est incomparable : l'affrontement est bien supérieur à celui que donnent les sutures à points séparés, et, à la fin de l'opération, on ne laisse en saillie dans le péritoine qu'un seul et unique nœud,

le nœud terminal, d'ailleurs minuscule. Nous employons *ce surjet à points passés* pour nos 3 plans de suture ».

M. Dubourg a également employé ce genre de suture en surjet, et s'en déclare un partisan chaleureux, car il joint la solidité à la rapidité de l'exécution.

La suture en surjet peut être d'une exécution encore plus rapide si, à l'exemple de notre ami, M. F. Villar, et de M. Dubourg, on se sert, non d'une aiguille à sutures, mais de la *petite aiguille de Reverdin*.



Suture de Doyen. — Surjet et arrêt tous les quatre points.

Que doit employer de préférence, le catgut ou la soie? La question est discutée par les chirurgiens, et les avis sont très partagés. En Angleterre, la soie est très en faveur. On a objecté au catgut de se résorber trop facilement; mais quand le catgut sera résorbé, l'adhérence entre les deux séreuses sera depuis longtemps complète.

A Bordeaux, le catgut est très en faveur; c'est à lui qu'ont eu recours MM. Dubourg et Villar.

Du reste, pour cette question des divers fils de suture, je renvoie le lecteur à l'étude critique que Lucas-Championnière a récemment publiée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, du 10 novembre 1892.

Il est un mode de coaptation entre les deux séreuses qui ne semble pas avoir été appliqué en France, et qui cependant est très en vogue en Angleterre et en Amérique. Il consiste

dans l'emploi *de plaques d'os décalcifié*. Voici, d'après Jesset, un des partisans convaincu de ce moyen d'anastomose, la manière d'opérer (1) :

« La gastro-entérostomie est faite au moyen de plaques d'os décalcifié. Mais, avant de décrire les différents temps de l'opération, il est bon d'indiquer la préparation de ces plaques.

» Les plaques dont je me sers ont deux pouces et demi de longueur sur un pouce de large et un quart de pouce d'épaisseur. Quand elles sont décalcifiées, ces plaques peuvent être coupées aux dimensions voulues. Elles doivent présenter une ouverture ovale au centre, avoir trois quarts de pouces de long sur un demi de large. Pour les décalcifier, on les place dans une solution à 10 0[0 d'acide chlorhydrique, et on les y laisse jusqu'à ce qu'elles soient molles et pliantes. La solution est renouvelée tous les deux jours, et généralement le résultat est obtenu au bout d'une semaine. Les plaques sont lavées et laissées quelques heures dans de l'eau pure pour les débarrasser de l'excès d'acide. Elles sont conservées dans l'alcool rectifié jusqu'au jour de l'opération ; elles sont, à ce moment, plongées dans une solution à 20 0[0 d'acide carbonique En préparant ces plaques, il faut percer quatre trous sur les bords de l'ovale central. A travers ces trous, des fils de catgut n° 1 ou de soie de Chine, de douze pouces de longueur, sont passés et maintenus, à la partie postérieure de la plaque, par un fil circulaire. Ces fils sont montés sur des aiguilles fines et rondes.

» *Opération*. — Incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. L'épiploon est rejeté de côté. Une portion du jéjunum

(1) Jesset. — *British. Med. Journ.*, 1889, p. 169.

est saisie aussi près que possible de son origine, attirée au dehors et confiée à un aide. Une portion de l'estomac, à deux pouces environ de la grande courbure, et aussi voisine que possible du pylore, est également amenée au dehors entre les lèvres de la plaie abdominale. Deux tubes de caoutchouc sont passés au travers du mésentère, et placés sur l'intestin, à quatre pouces de distance, l'un et l'autre, du point où portera l'incision intestinale. Puis, après que par des pressions modérées et méthodiques, les matières contenues dans cette portion de l'intestin, entre les deux caoutchoucs, ont été chassées, les tubes sont serrés suffisamment pour empêcher le reflux des matières. On peut obtenir le même résultat avec les pinces de Making ou d'autres, ou encore en faisant comprimer l'intestin entre le pouce et l'index d'un aide; mais je préfère les tubes de caoutchouc.

» L'estomac et l'intestin étant maintenant bien attirés au dehors, sont entourés d'éponges pour empêcher la chute de leur contenu dans le péritoine. Une incision de un pouce de long est faite suivant l'axe du jéjunum sur sa face convexe, et on insinue une plaque d'os.

» Les aiguilles des deux fils latéraux (c'est-à-dire correspondant au petit diamètre de l'ovale) sont passées de dedans en dehors à travers *toute l'épaisseur de la paroi intestinale* près du bord de la plaie. Les deux fils correspondant au grand diamètre sont attirés, par *l'orifice même de la plaie*, à chacune de ses extrémités. Ces fils sont tenus par un aide tandis que le chirurgien fait sur l'estomac une autre incision parallèle à la grande courbure. Une seconde plaque est engagée dans l'estomac, par cette incision. Les aiguilles des fils latéraux sont passées à travers toutes les couches de l'estomac. Les fils extrêmes sont, comme pour le jéjunum, attirés directement par la plaie. Les deux ouvertures sont

alors juxtaposées soigneusement, et les plaques, qui se correspondent par leurs faces, sont maintenues exactement en place par un aide, pendant que le chirurgien noue solidement les fils homologues de chaque plaque. Les fils latéraux inférieurs doivent être serrés les premiers, puis les fils extrêmes, et, en dernier lieu, les fils latéraux supérieurs. (1) »

Le manuel opératoire est réduit à sa plus simple expression. Pas de sutures muco-muqueuses; pas de sutures séreuses. Il est à craindre que la coaptation, faite seulement par huit fils noués deux par deux, ne laisse quelquefois à désirer. Du reste, on verra, dans les observations qui suivent, que quelques insuccès ne doivent pas reconnaître une autre cause.

Thuolske et Bull, tout en se déclarant partisans des plaques de Senn, croient qu'il serait bon d'assurer la coaptation parfaite par quelques sutures de Lembert. C'est, du reste, ce qu'a fait Jesset lui-même, dans un cas où la rigidité de l'estomac l'avait fait supposer un rapprochement insuffisant.

« Cette opération peut facilement se faire en 25 ou 30 minutes, alors qu'il faut une heure, une heure et demie et même deux heures par les moyens ordinaires. Dans deux cas, où M. Horsley et moi avons fait la gastro-entérostomie chez le chien, l'opération se fit très bien et très vite, et les chiens n'en furent en rien gênés (2). »

Ces plaques d'os décalcifié qui n'ont pas été employées, en France, ont donné en Angleterre, entre les mains de Senn, Horsley, Jesset, Robinson, Beatson, des résultats remarquables.

---

(1) Cette traduction est due à l'aimable obligeance de mon cousin Ed. Guignard.
(2) Jesset (*The Lancet*). — Loc. cit.

Senn et Horsley ont expérimenté sur des chiens et ont montré les services que ces plaques peuvent rendre dans la gastro-entérostomie.

Sur 7 chiens qui ont subi la gastro-entérostomie avec anastomose au moyen d'os décalcifié, un seul est mort, et les auteurs attribuent la mort à ce que l'estomac était plein au moment de l'opération ; les matières sorties par l'ouverture ont souillé le péritoine. Les autres chiens furent abattus et on put constater que dès le septième jour les plaques étaient résorbées et les adhérences parfaites.

Dans des expériences d'iléo-jéjunostomie entreprises également sur des animaux, les mêmes auteurs ont surtout établi les bons effets de ces plaques et leur supériorité sur la suture de Czerny-Lembert.

Sur 6 chiens ils pratiquent la suture de Lembert : 5 meurent.

Sur 8 autres, l'anastomose est faite avec les plaques de Senn : un seul succombe. Les autres ont été sacrifiés du vingt troisième au soixante-quinzième jour, et l'adhérence a été toujours parfaite.

Robinson a modifié un peu le procédé. Au lieu d'employer des plaques d'os décalcifié ou de catgut, il se sert de peau ; et il en obtient, paraît-il, d'excellents résultats.

Il est regrettable qu'en France cette méthode n'ait pas été mise en vigueur, car elle semble donner, entre les mains de ceux qui la préconisent des résultats parfaits ; Weir, dans une statistique, montre que le chiffre des morts est seulement de 11 0/0.

Il faut dire cependant, pour conserver la vérité historique, qu'en 1889, dans un cas de gastro-duodénostomie, M. Péan (Observation XXVII) employa non des plaques d'os décalcifié, mais *un tube d'os décalcifié* destiné à maintenir dilaté l'orifice

anastomotique. Ce procédé a également été appliqué par Mayo Robson (*Royal Med. Society*, 14 juin 1892).

Ces plaques de Senn ont encore, je crois, un autre avantage. Nous avons vu plus haut que, dans une autopsie récente, Jaboulay avait constaté que, avec l'incision linéaire et parallèle de l'estomac et de l'intestin, le gonflement des lèvres de ce nouvel orifice, pouvait rendre ce dernier imperméable, même au liquide, à moins d'une contraction violente de l'estomac.

Or, que va-t-il se passer avec la plaque d'os? La tunique intestinale est tendue, comme une peau de tambour sur cette dernière, et maintenue dans cette position par quatre fils, dont deux la traversent en avant et en arrière et dont deux autres se réfléchissent aux extrémités de l'incision, agissant en sens contraire, suivant l'axe de l'intestin. L'incision prend alors une forme ovalaire permanente. Il en est de même pour l'estomac. L'anastomose est ainsi constamment perméable.

La préparation des plaques d'os décalcifiés étant longue et difficile, j'ai essayé de pratiquer l'anastomose au moyen de *disques en corne* (1).

La fabrication de ces derniers est fort simple, j'ai pris des sabots de bœufs provenant de l'abattoir, et, dans la partie inférieure, ai découpé des lamelles de 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Cette opération s'effectue très bien, soit au moyen d'une petite scie, soit plutôt avec un couteau à deux manches, analogue à celui dont se servent les tonneliers.

Dans ces lamelles, j'ai taillé, avec un bistouri, des disques

(1) Communication faite à la Société de Médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Séance du 2 décembre 1892.

ayant 4 centimètres et demi de long sur 3 et demi de large. Leur forme est ovale.

Au centre, j'ai pratiqué un orifice ayant 3 centimètres dans son grand diamètre et 2 et demi dans le petit. Puis, à égale distance de la circonférence extérieure et de celle de l'orifice, quatre trous destinés à livrer passage à des fils de catgut ont été forés.

Les trous ne sont pas identiques comme dimensions sur les deux plaques; mais ils se correspondent très exactement.

Sur l'une, les orifices admettent le fil de catgut qui ne passera qu'à frottement dur; sur l'autre, au contraire, ces mêmes orifices ont des diamètres de 2 millimètres au moins; un fil de catgut, replié en forme d'anse, joue parfaitement dans leur lumière.

Ces disques peuvent pendant quelques instants être passés dans l'eau bouillante pour les aseptiser. On peut arriver au même résultat en les conservant dans des bocaux renfermant une solution de sublimé, ou dans de l'huile stérilisée mélangée avec du mercure (procédé du professeur Lanelongue, de Bordeaux, pour aseptiser les sondes en gomme (1).

La disposition des trous, dont j'ai parlé plus haut, m'a été imposée par la mode de suture que j'ai adopté. Ce procédé, qui au premier abord semble peut-être compliqué, est, au fond, très simple. Il a pour but de serrer à la fois les huit fils et d'amener, du même coup, la coaptation des deux surfaces séreuses.

Voici comment il faut agir. Avant l'opération, les disques ont été percés, et l'un d'eux est même muni de quatre fils de catgut, ayant chacun une longueur de 20 à 30 centimètres.

(1) Voir la thèse de Fourcaud. Bordeaux, 1892.

Un nœud, fait à l'une des extrémités de chacun des fils, l'empêche de passer à travers le disque.

Ce premier disque est destiné à l'intestin. Après incision, sur celui-ci, d'une longueur moins considérable que le grand diamètre du disque, celui-ci est introduit dans l'intestin, dont une aiguille de Reverdin traverse rapidement, de *dehors en dedans*, les parois, aux quatre points correspondant à l'émergence des fils de catgut sur la face supérieure de la lame de corne. Ces fils sont successivement chargés sur l'aiguille et ramenés au dehors. Les enveloppes intestinales sont ainsi fixées, et les quatre fils confiés à un aide qui les tient tendus et peut porter l'intestin en avant, en arrière ou en haut. Un petit tampon d'ouate placé dans l'orifice du disque s'opposera au reflux des matières. On peut de la sorte supprimer les ligatures, pinces ou clamps sur l'intestin.

On passe ensuite au deuxième disque. Au lieu de faire simplement traverser la tunique stomacale par quatre fils de soie ou de catgut et de nouer séparément chacun d'eux au fil homologue venant de l'intestin, comme l'ont fait Jesset, Senn, Purcell, Weir, etc., j'ai préféré faire traverser la paroi par des *anses de catgut*, dans lesquels s'engageraient les fils venus de la plaque intestinale.

Il vaut mieux n'introduire le disque dans l'estomac que lorsque les fils ont été disposés en forme d'anse. Cette pratique est plus simple, car pour passer les fils après l'introduction du disque, il faudrait se servir d'une aiguille à suture ordinaire très courbe et qu'on devrait briser après la formation de chacune des anses.

L'aiguille droite de Reverdin a été employée, et toujours elle a piqué *de dehors en dedans;* elle ne pénétrait dans la cavité stomacale que pour entraîner une anse de fil au dehors.

Un aide tient immédiatement au-dessus de l'orifice intestinal, d'une main, un disque, et de l'autre un long fil de catgut.

Supposons que le passage des fils va commencer par le trou situé à l'extrémité gauche du grand diamètre du disque.

L'aiguille traverse de dehors en dedans les tuniques, gagne la face supérieure du disque (c'est-à-dire celle qui sera en contact avec la muqueuse), que l'aide incline à sa rencontre, pénètre dans le trou. Le catgut est chargé sur l'aiguille à la face inférieure du disque. L'aiguille est retirée avec le catgut, dont le chef extérieur est fixé par une pince à forci-pressure.

L'aiguille, de nouveau, toujours de dehors en dedans, traverse la paroi en un point correspondant à celui du trou, qui est situé à droite du précédent, gagne la face supérieure du disque et va se charger à sa face inférieure. L'anse ramenée au dehors est confiée à un aide qui passe un doigt dedans pour la maintenir.

On procède de même pour les deux autres orifices, toujours en allant de gauche à droite. On forme ainsi *trois anses* dans lesquelles l'aide engagera ses doigts.

L'aiguille, pour terminer, traverse, une dernière fois, la paroi au niveau du point où elle l'a pénétrée tout d'abord, arrive à la face supérieure du disque, s'engage dans le premier trou et va se charger du deuxième chef du catgut, qu'elle ramène au dehors. Le premier trou au lieu de livrer passage à une anse de catgut contient donc les deux chefs, initial et terminal, de ce fil.

La plaque est alors glissée dans l'estomac. On s'assure qu'elle est dans une bonne position, c'est-à-dire qne la partie qui, tout à l'heure était supérieure, regarde maintenant la muqueuse gastrique.

L'aide alors exerce une légère traction sur les anses qu'il tient dans les doigts et sur les deux chefs ; le disque et la muqueuse arrivent en contact.

Ceci fait l'aide abandonne une à une à l'opérateur les anses qu'il tenait : celui-ci engage dans chacune d'elles, de *dedans en dehors* (par rapport au centre de l'orifice stomacal), le fil correspondant de la plaque intestinale. Il en passe trois de la sorte. Le quatrième correspond aux deux chefs du catgut du disque stomacal et ne sera utilisé que tout à l'heure. L'aide tient ces fils tendus.

Les deux orifices gastriques et intestinal étant placés bien en face, l'un et l'autre maintenus dans cette position par un aide, l'opérateur saisit les deux chefs du fil de la plaque stomacale et exerce sur eux une traction. Les anses s'affaissent peu à peu. L'aide tirant simultanément sur les fils de la plaque intestinale les deux surfaces séreuses ne tardent pas à arriver en contact, maintenus par trois points dans cette position. L'opérateur et l'aide tirent chacun solidement sur les fils qu'ils tiennent pour amener une coaptation parfaite.

L'opérateur va maintenant nouer les deux chefs qu'il tient à la main ; dans l'anse que forment alors ces deux fils, l'aide passe le catgut reste libre ; celui-ci est fixé dans une situation identique aux autres, une fois le nœud achevé.

Les surfaces séreuses sont de la sorte fixées par quatre points. On obtient ainsi un contact entre les deux séreuses beaucoup plus intime que par le procédé dont se sont servis Jesset, Purcell, Weir, etc.

Des sutures de Lembert ont complété l'opération. Leur exécution est facilitée par le relief que forment les parois intestinale et gastrique sur la circonférence des plaques de corne.

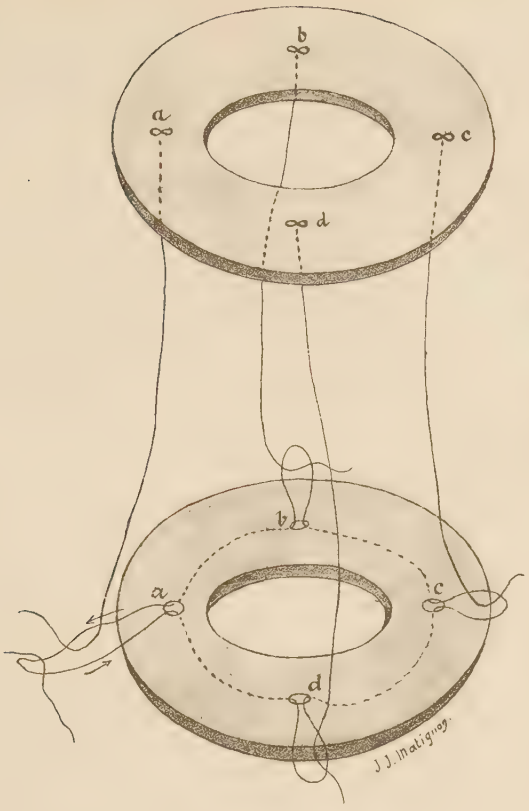


Fig. 1. — Schéma de la disposition des fils.

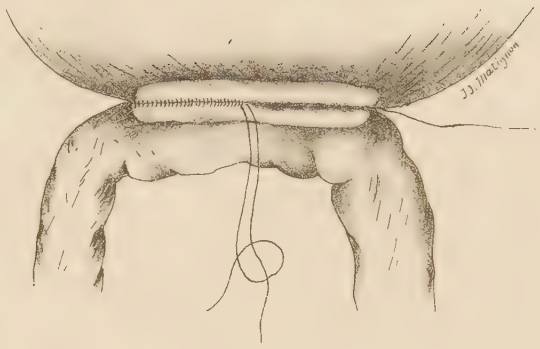


Fig. 3. — Aspect du relief formé par les deux disques de corne après serrage des fils. Des sutures de Lembert sont faites à gauche.

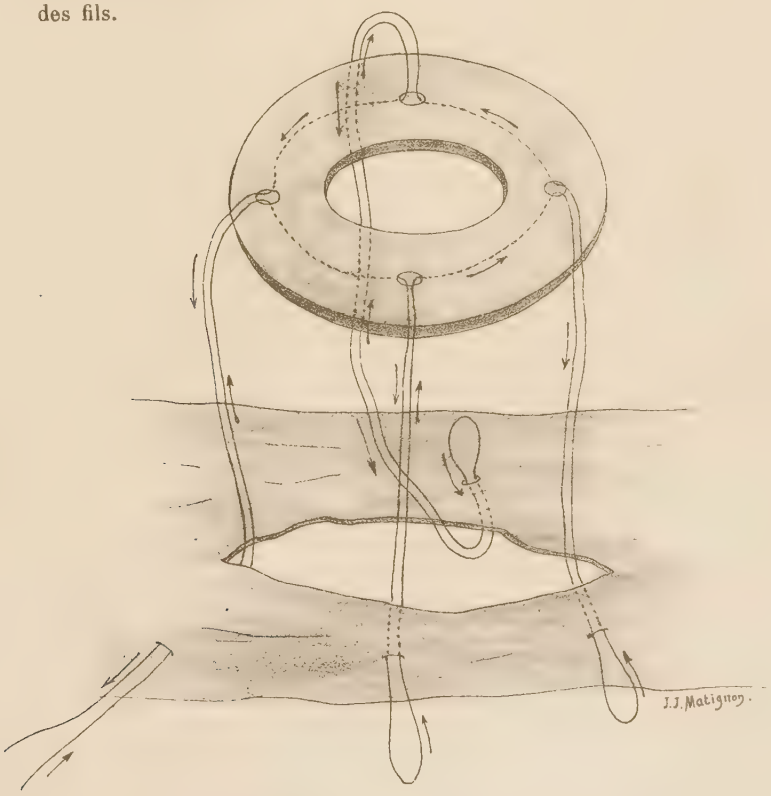


Fig. 2. — Disposition et mode de passage des fils de catgut avant l'introduction du disque de corne dans l'estomac.

Ces plaques sont prises entre le pouce et l'index. Des sutures de Lembert, en surjet, sont faites avec la petite aiguille de Reverdin, au moyen des catguts venant de la plaque intestinale. La suture est commencée au niveau de l'émergence de l'un de ces fils, entre les deux séreuses; des sutures sont faites avec ce fil jusqu'au moment où l'on rencontre celui qui est situé à sa droite (1); ces deux fils sont noués pour arrêter la suture, et celle-ci est continuée avec le deuxième fil qui sera noué avec le troisième et ainsi jusqu'au quatrième qui arrêtera définitivement la suture.

Le contact entre les séreuses est de la sorte parfaitement établi. Les surjets rapprochent la portion périphérique, s'opposent à tous mouvements de latéralité et, de plus, ils empêchent les quatre premiers points de céder.

Par ce moyen, la gastro-entérostomie peut se faire d'une façon très rapide.

Avec le concours de mes amis, le Dr Fromaget, chef de clinique à la Faculté, et Aunis, interne des hôpitaux. j'ai expérimenté, sur des chiens, mon procédé.

Dans un premier essai, l'opération faite dans de mauvaises conditions, avec des instruments défectueux et un outillage rudimentaire, a demandé à peu près une demi-heure.

Dans une deuxième expérience à laquelle assistaient M. le professeur agrégé Villar, et M. le médecin-major Thomas, médecin en chef de l'hôpital du Becquet, l'opération a duré 35 minutes. Or, la plaque destinée à l'intestin

(1) Ce temps est représenté sur la figure 3. On voit, en effet, sur la gauche un certain nombre de points de Lembert; le fil qui a servi à les exécuter, arrivant au niveau du fil correspondant au petit diamètre du disque de corne, situé daus l'intestin, est noué à ce dernier : c'est avec celui-ci que les points de suture seront continués.

était beaucoup trop grande; l'incision faite sur les parois était trop courte. J'ai dû enlever la plaque, replacer mes fils; toutes choses, par conséquent, qui ont nécessité une perte de temps assez considérable.

On a vu plus haut que Jesset, Senn, Weir et bien d'autres chirurgiens anglais ou américains se contentaient de nouer les quatre fils homologues et de fermer la cavité abdominale. Les résultats obtenus par ce procédé tout à fait primitif sont néanmoins excellents. Dans des expériences faites sur le cadavre, mon ami, le Dr Fromaget, et moi avons pu nous rendre compte, qu'après le serrage des anses de catgut, les deux surfaces séreuses étaient fort bien accolées, et qu'il n'y avait pas les moindres mouvements de latéralité, pas le moindre jeu.

Je crois que par la disposition de mes fils en forme d'anse on assure un contact beaucoup plus intime que par le procédé de Senn, où quatre nœuds plus ou moins volumineux sont interposés entre les séreuses.

Les plaques que j'ai employées ont une forme ovale de 4 1|2 à 5 centimètres de longueur sur 3 1|2 de large. Or, il m'a semblé qu'une plaque de cette dimension introduite dans l'intestin, amenait un applatissement notable de ce dernier, et diminuait beaucoup son calibre. Aussi, ai-je pensé à modifier la forme de ces plaques et leur donner celle d'un ovale très allongé ayant, par exemple, 6 1|2 à 7 centimètres de longueur sur 2 1|2 seulement de largeur, L'orifice ménagé dans la plaque n'aura que 1 centimètre 1|2 de largeur sur 5 de longueur; l'aire de l'ouverture sera, par conséquent, aussi considérable que dans les précédentes et, de la sorte, le calibre de l'intestin ne sera pas trop diminué.

Quand on pratique la gastro-entérostomie par cette méthode de plaques on ne s'inquiète pas de la muqueuse ; et,

dans les opérations suivies de mort, les auteurs ne font guère mention de son état, il est à supposer que les deux muqueuses doivent rapidement se souder l'une à l'autre. Dès le quatrième jour, avec les plaques d'os décalcifié, l'anastomose est solide. Les plaques se resorbent très rapidement. Beatson, dit avoir noté, dans une autopsie faite 4 jours après l'opération, la présence d'un anneau fibreux ou plutôt fibrineux, déjà résistant au niveau des rebords muqueux.

L'anastomose établie, il ne reste plus au chirurgien qu'à réintroduire dans l'abdomen l'estomac, le grand épiploon, le jéjunum et les autres anses qui ont pu échapper pendant l'opération.

Dans un article paru dans la *Semaine Médicale* (1) du 7 décembre 1892, le Dr Mayo Robson, de Leeds, expose un procédé d'anastomose au moyen de tubes d'os décalcifié.

« L'idée d'employer des tubes d'os décalcifié ayant la forme d'une bobine de fil ordinaire nous est venue après une opération de pylorectomie qui, tout d'abord avait très bien réussi, mais qui fut suivie quelques mois plus tard d'un rétrécissement de l'orifice rendant la gastro-entérostomie nécessaire. Il nous sembla que, s'il était possible d'obtenir la continuité de la muqueuse à travers la nouvelle ouverture, au moyen d'une suture continue que l'on pourrait serrer autour d'un tube sans crainte de trop diminuer les dimensions de l'orifice, il serait possible d'éviter un rétrécissement cicatriciel consécutif.

L'union des surfaces séreuses serait assurée au moyen d'une

---

(1) M. Robson. — De l'emploi des tubes d'os décalcifié dans la chirurgie de l'intestin, de l'estomac et des voies biliaires. (*Semaine Médicale*, 7 décembre 1892).

suture séro-séreuse faite de la même façon que pour la muqueuse, à 1 centimètre ou 1 cent. 1/2 des bords de l'incision, ce qui enlèverait toute crainte d'écoulement du contenu intestinal dans la cavité péritonéale.

Par l'emploi de deux sutures continues muco-muqueuses et séro-séreuses, on épargne du temps et de la peine, et comme les deux aiguilles peuvent être préparées à l'avance, l'opérateur peut se passer d'un deuxième assistant.

Comme l'os décalcifié est dissout au bout de quelques jours, le danger que pourrait présenter plus tard la présence d'un corps étranger dans l'intestin disparaît. Les extrémités dépassant en épaisseur le corps même de la bobine osseuse, celle-ci ne peut changer de position dans l'intestin que lorsque sa présence n'y est déjà plus nécessaire.

Dans les derniers cas où nous avons eu l'occasion d'employer cette méthode, nous nous sommes servis d'un fil de soie pour la suture séro-séreuse et d'un catgut fin pour celle de la muqueuse. L'opération est rendue plus facile en commençant par la suture séro-séreuse de la moitié postérieure de l'incision ; puis on pratique la suture muco-muqueuse sur la même longueur. Le tube est mis en place : on termine la suture muco-muqueuse que l'on serre autour de la bobine et on achève en dernier lieu la moitié de la suture séro-séreuse.

Quand la suture séro-séreuse est terminée et serrée, rien à l'extérieur n'indique la présence de sutures sur l'intestin : il y a continuité de la membrane muqueuse, les surfaces séreuses sont en contact et le tube d'os décalcifié maintient béant le canal de communication.

On fabrique les bobines d'os décalcifié de toutes les grandeurs; celles que l'on emploie dans la cholécysto-entérostomie, par exemple, ne sont pas plus grosses que le petit doigt, tandis qu'il en faut une d'un diamètre d'environ 2 cent. 1/2,

selon les circonstances, pour l'entérorraphie qui suit la colectomie. »

Je n'ai fait que citer à la hâte ce travail de Mayo Robson. Il est d'une exécution un peu longue ; de plus, il est bon de rappeler que ces tubes d'os ont déjà été employés par M. Péan (Observation XXVII).

IV. — Le dernier temps consiste à suturer les lèvres de la plaie abdominale. Je n'insisterai pas sur ce point. Comme dans toute laparotomie on fera des sutures par étages et pour renforcer ces dernières on pourra, à la rigueur, appliquer 3 sutures profondes au fil d'argent.

Avant de quitter ce chapitre, il est quelques points sur lesquels je tiens à attirer l'attention. Certains auteurs ont craint que, dans le diverticule formé par le duodénum, après l'anastomose gastro intestinale, il ne se fit une accumulation de matières alimentaires, de bile, pouvant à un moment donné, refluer vers l'estomac. Aussi, pour parer à cette éventualité, Jaboulay a-t-il proposé un nouveau temps à la gastro-entérostomie, c'est l'anastomose de la partie de l'anse jéjunale sous-jacente à l'ouverture stomacale avec la 3e partie du duodénum. « Elle nous paraît, dit-il, le complément à peu près nécessaire d'une bonne gastro-entérostomie. Les aliments arrivent à s'accumuler dans le duodénum en y pénétrant soit par l'orifice pylorique, momentanément perméable par l'ulcération néoplasique, soit par la partie supérieure de l'anse jéjunale. D'où distension progressive, arrivant à être considérable, de cette portion de l'intestin grêle et compression des anses voisines avec signes d'obstruction intestinale ou vomissements par retour dans l'estomac, par les voies précédentes, mais parcourues en sens inverse. Pour prévenir

cette accumulation, nous proposons de faire, de propos délibéré, l'anastomose jéjuno-duodénale. »

Mais cette pratique de Jaboulay n'a guère été admise. A Paris, aucun des chirurgiens qui, dans ces derniers temps, ont eu l'occasion de faire des gastro-entérostomies, n'ont ajouté ce temps nouveau à leur intervention: M. Dubourg, pas plus que M. Villar, n'ont cru nécessaire de pratiquer l'anastomose entre le duodénum et le jéjunum.

Gastro-entérostomie et jéjuno-duodénostomie.

Ce procédé a vivement été battu en brèche, à la Société de Chirurgie, par M. Reclus, qui l'a condamné comme inutile et dangereux. Voici, du reste, l'appréciation de ce savant chirurgien sur la jéjuno-duodénostomie.

« Sur la foi de quelques observations, les auteurs semblent craindre que les matières alimentaires ne s'engagent dans le bout supérieur du jéjunum et ne s'accumulent dans la portion duodénale de l'intestin, transformée en cul-de-sac par le cancer pylorique, ils redoutent le reflux jusque dans l'estomac, qui provoquerait des accidents assez graves. On a songé, dès

lors, à créer des voies de dégagement pour les matières alimentaires, des orifices de dérivation pour la bile, et récemment, Jaboulay a proposé de doubler la gastro-entérostomie de la jéjuno-duodénostomie. La lecture de ses observations ne nous semble pas aussi probante, si je m'en tiens à ses deux cas personnels. Je constate que ses deux malades n'ont jamais eu de vomissements de bile, et si le premier vomit tous les huit ou dix jours, on ne peut affirmer que cette régurgitation soit due à l'accumulation progressive des aliments dans le duodénum. Le reflux de la bile n'a pas été noté dans la belle observation de Michaud, et dans le cas qui nous est personnel, nous n'avons constaté rien d'anormal dans la digestion. Si nous insistons sur ce point, c'est que nous considérons comme dangereuse cette deuxième anastomose entre le jéjunum et le duodénum, car ce n'est pas une mince affaire de prolonger le temps de l'intervention, lorsqu'on sait le rôle important du choc opératoire dans les opérations qui portent sur l'intestin (1) ».

« Je ne crois pas, dit M. Terrier (2), qu'il soit nécessaire de compléter la gastro-entérostomie par la création d'une anastomose entre le duodénum et le jéjunum, sous prétexte d'empêcher la bile de refluer vers l'estomac et provoquer des vomissements. »

Cette opinion est aussi partagée par mes maîtres de Bordeaux.

C'est également dans la crainte du reflux des matières de l'intestin vers l'estomac, à travers l'anastomose, que Cour-

---

(1) Reclus. — Société de Chirurgie. 12 oct. 92.
(2) Terrier. — Société de Chirurgie, 26 octobre 1892.

voisier (1) conseille d'opérer de façon à ce que l'ouverture stomacale soit plus petite que celle de l'intestin; le bout supérieur de celui-ci correspond à une partie non ouverte de la paroi stomacale qui formerait comme une sorte de valvule s'opposant au passage des liquides intestinaux. L'ouverture stomacale s'ouvre, au contraire, à plein canal dans le bout inférieur de l'intestin, et permet ainsi au contenu de l'estomac de s'écouler librement.

Ce but pourrait encore, d'après Courvoisier, être atteint de la façon suivante : l'anse intestinale est sectionnée transversalement; l'extrémité correspondant au bout inférieur est seule fixée à l'estomac et reçoit elle-même par abouchement latéral l'extrémité du bout supérieur.

Pour éviter le retour de semblables accidents Wolfler propose de suturer le bout inférieur de l'anse ouverte avec la plus grande partie du pourtour de l'incision gastrique, tandis que le bout supérieur ne serait mis en communication avec l'estomac que par un orifice de deux à trois centimètres de diamètre. « L'exécution de ce plan, dit de Santi (2), nous paraît aussi difficile que le but proposé est obscur. »

Ces modifications de Wolfler et Courvoisier n'ont pas été admises par nos compatriotes. Reclus, Pozzi, Terrier s'efforcent de faire sur l'intestin et l'estomac des incisions égales et Doyen, pour s'assurer une communication parfaite entre les viscères, emploie des incisions perpendiculaires l'une à l'autre, donnant, après suture, un orifice ovalaire; résultat pratique auquel arrive plus facilement M. Villar, en réséquant des lambeaux elliptiques.

---

(1) Courvoisier. — *Centrabl. f. chirurg.* 1883.

(2) De Santi. — *Revue des Sciences Médicales*, 1884. Tome XXIII. Page 682.

Billroth, Pozzi, Wolfler, ont préconisé *la fixation complémentaire de l'anse intestinale à l'estomac* au-delà de la bouche stomacale, pour donner une orientation convenable à la voie alimentaire. Cette manière d'agir pourrait, d'après ces auteurs, dans certains cas, donner de bons résultats. Dans une observation de Jesset nous voyons l'anse intestinale subir une inflexion qui empêchait la bile de cheminer dans l'intestin ; cette dernière retombait dans l'estomac, puis était expulsée par vomissements.

La fixation de l'anse intestinale à la paroi stomacale mériterait d'attirer davantage l'attention des chirurgiens. Voici, en effet, ce que M. Villar et moi avons pu constater expérimentalement.

Après avoir pratiqué la gastro-entérostomie par le procédé ordinaire, sur un chien — mort du reste sous le chloroforme — nous avons enlevé l'estomac et sectionné le jéjunum à 10 centimètres au dessus et au-dessous de l'anastomose.

Or, en considérant l'orifice ainsi créé — l'estomac étant ouvert — nous avons remarqué que son diamètre qui était de 1 centimètre et demi environ, c'est-à-dire bien suffisant pour assurer la libre communication entre les cavités gastrique et intestinale, subissait d'importantes modifications dans son calibre, suivant que nous laissions tomber par leur propre poids ou que nous relevions légèrement sur les côtés de l'estomac les deux fragments d'anse intestinale.

Dans le premier cas, en effet, au centre de l'orifice se montrait *un éperon* qui partageait en deux ouvertures secondaires, comme deux canons de fusil, l'orifice primitif.

Une semblable disposition offre un double inconvénient. Car indépendamment de la notable difficulté apportée au passage des matières dans le bout inférieur du jéjunum, elle permet à une certaine quantité de ces matières (aliments ou

liquides) de tomber dans la portion supérieure, c'est-à-dire le cul-de-sac jéjuno-duodénal et d'y fermenter.

Dans le deuxième cas, au contraire (relèvement des bouts du jéjunum) l'orifice avait son diamètre normal, et les matières pouvaient librement cheminer.

Voici comment, à mon sens, le chirurgien devra procéder, sans crainte de complications opératoires, et sans augmenter la durée de l'intervention.

Une incision, légèrement oblique de haut en bas et de droite à gauche, sera pratiquée sur la face antérieure ou postérieure de l'estomac. Puis, l'anastomose étant établie, le chirurgien fixera par deux points de suture au-dessus de l'anastomose, la partie supérieure du jéjunum et, par un nombre égal au dessous, la partie inférieure. De la sorte, il supprimera le reflux des aliments et matières vers le cul-de-sac jéjuno-duodénal, et facilitera l'écoulement de ces matières dans la portion terminale de l'intestin; enfin il est sûr d'éviter la production d'un éperon.

Nous n'avons pu constater sur le vivant ce que donnerait ce procédé, qui, entre les mains d'un chirurgien habile, n'offre aucune difficulté. Et, cinq à six sutures de Gussenbauër, faites avec la petite aiguille de Reverdin, demandant quelques secondes à peine, l'opération ne sera pas prolongée, le retard sera insignifiant.

Cette fixation de l'intestin à l'estomac doit être faite même quand l'anastomose se pratique avec les plaques de Senn. Cette manière d'agir n'est point suivie en France. Nous avons déjà vu, qu'après Billroth et Wolfler, Jesset avait jugé utile de fixer l'intestin à la paroi stomacale. Cette question a été de nouveau reprise en Allemagne par Hadra qui, dans une communication faite le 18 janvier 1892 à la

Société médicale de Berlin, s'exprimait à peu près de la sorte :

« Pour empêcher la formation *d'un éperon* qui, dans une série de cas, a donné des résultats mortels, l'intestin doit être fixé à la paroi stomacale, au-dessous de l'anastomose, par quelques sutures. Cette modification n'apporte pas de retard à l'opération (1). »

Disons pour en finir avec le manuel opératoire, qu'il sera bon, dans les cas de gastro-entérostomie postérieure, de suturer à la séreuse intestinale, par deux ou trois points, les lèvres de la boutonnière méso-colique dans laquelle s'engage l'anse jéjunale, afin de supprimer toute possibilité d'étranglement de cette dernière par la rétraction de l'orifice créé dans le méso-colon. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, car Larkin, dans *The Lancet* de juillet 1892, a rapporté un cas *d'étranglement méso-colique*.

Avant de terminer avec ce chapitre, il est bon de se demander quand et comment devra s'alimenter le malade.

En Angleterre et en Amérique, certains chirurgiens n'ont pas hésité à faire manger leurs opérés dès le premier jour.

Cet empressement pourra souvent être préjudiciable au malade.

Voici quelle serait la règle de conduite en pareil cas :

Les 3 premiers jours le malade sera alimenté au moyen de lavements nutritifs (œuf, peptone, jus de viande), bien qu'on ne doive accorder qu'une minime confiance à ce mode d'alimentation.

Pour prévenir les efforts de vomissements, de petits fragments de glace seront ingérés de temps à autre.

---

(1) *Berlin. Klin. Wochen*, 25 janvier 1892.

Pour calmer la soif, qui a été souvent notée après la gastro-entérostomie, un verre de champagne ou de limonade glacée.

A partir du quatrième jour, le malade commence à prendre des potages légers, du lait. Les lavements nutritifs seront continués pendant quelques jours encore.

Au bout de huit jours, l'opéré pourra prendre des aliments plus solides : viande de poulet, pain.

Il n'est pas rare de voir les malades, redoutant les crises gastriques que leur provoquait autrefois l'ingestion d'aliments solides, refuser de prendre de la viande.

Au bout de quinze jours les opérés peuvent manger d'une façon normale.

Les trois opérés de Jaboulay ont commencé à s'alimenter dès le quatrième jour, et très rapidement leur alimentation est devenue celle d'un individu bien portant soit comme qualité, soit comme quantité. « C'est là un fait bien curieux que cette tolérance parfaite pour des substances grossières. On dirait que la muqueuse gastrique a récupéré ses propriétés normales de déjection. »

L'autopsie faite par mon ami Eugène Pépin, lui a montré qu'à partir du quatrième jour les adhérences étaient déjà solides, ce qui lui permettait de conclure qu'à partir du cinquième jour on peut sans crainte alimenter les opérés par la bouche (Voir observation 164) opinion qui du reste est partagée par Beatson, Weir et nombre d'autres chirurgiens anglais et américains.

Durant le courant de l'année scolaire dernière, M. le professeur Masse a fait de nombreux essais de chirurgie abdominale. On verra dans son laboratoire de très intéressantes pièces anatomiques montrant les divers procédés de gastro-entérostomie.

CHAPITRE IV

Valeur de la gastro-entérostomie. — Comparaison avec les autres traitements chirurgicaux du cancer du pylore.

Quand le chirurgien entreprend l'opération de Wölfler, il n'a pas la prétention de guérir le cancer de l'estomac. Il se trouve en présence du malade très affaibli, atteint depuis longtemps d'un néoplasme, dont la marche a été de jour en jour plus rapide et qui est arrivé, peu à peu, à produire la sténose pylorique.

En général, quand le malade accepte l'intervention, les douleurs sont devenues intolérables ; le passage des aliments et des sucs gastriques, au niveau d'un orifice rétréci et ulcéré, est pour le patient une source de souffrances telles, qu'on a vu dans quelques cas — Billroth et Péan en ont rapporté des exemples — le sujet demander lui-même l'opération au chirurgien.

La gastro-entérostomie, est donc faite pour calmer les douleurs, rétablir le cours des matières et faire cesser les phénomènes d'auto-intoxication qui se passent au niveau de l'estomac. C'est une *opération palliative du cancer et non une cure radicale*. Et il est à craindre, que pendant longtemps encore, tant que le chirurgien ne sera pas devenu l'auxiliaire indispensable du médecin, pour établir parmi la laparatomie

absolument inoffensive, le diagnostic souvent trop difficile du cancer de l'estomac, il est à craindre, dis-je, que ces prétendues cures radicales seront purement palliatives. Le chirurgien aura beau réséquer l'estomac ; il sera trop tard le diagnostic de cancer aura demandé trop de temps pour être établi par le médecin ; et au moment de son intervention, le chirurgien ne pourra plus dépasser suffisamment les limites du mal, les ganglions seront envahis, les adhérences établies. La récidive ne sera pas longue à se produire, réclamant une nouvelle opération.

Il sera fait, tout-à-l'heure, un parallèle entre la gastro-entérostomie et les autres traitements chirurgicaux du cancer de l'estomac : pylorectomie, divulsion, pyloroplastie, grattage.

Mais avant, il est bon de montrer quels sont les résultats immédiats de l'opération de Wolfler.

Ils ne sont, et surtout n'ont toujours pas été des plus encourageants, si bien que le professeur Léon Lefort, dans une des dernières éditions (1) de sa *médecine opératoire*, la considérait comme aussi dangereuse que la pylorectomie, sur laquelle il portait ce jugement sévère. « Je regarde la résection de l'estomac cancéreux, comme une détestable opération que je repousse énergiquement ». Depuis quelques temps, comme nous le verrons plus loin, les résultats sont meilleurs ; le chiffre de la mortalité a notablement baissé.

J'ai dit, plus haut, que lorsque le malade accepte l'intervention, il est depuis longtemps déjà atteint par le mal, il est affaibli, intoxiqué par les résorptions gastriques ou intestinales de matières alimentaires mal digérées et altérées par le contact d'un néoplasme ulcéré. Aussi, rien d'étonnant de

---

(1) Malgaigne et Lefort — Médecine opératoire, p. 385.

voir se produire des syncopes mortelles sous le chloroforme. Ces syncopes peuvent se montrer tout à fait au début de l'anesthésie ; elles peuvent, au contraire, se produire à la fin de l'opération. Cet accident, toutefois, n'est pas aussi fréquent qu'on serait porté à le croire au premier abord.

On peut voir la mort survenir dans les premières heures qui suivent l'opération. Elle est imputable au *shock*. Du reste, d'une façon générale, même dans les cas les plus heureux, après l'intervention, les malades sont profondément abattus ; la température reste basse souvent plusieurs heures, le pouls est petit et lent. La face est couverte de sueurs froides, visqueuses, et il est bon de lutter par des piqûres d'éther, de caféine, des lavements de champagne, de vin, contre cette prostation, qui pourrait fort bien emporter l'opéré. Cette première période, post opératoire, est très inquiétante pour le chirurgien, qui ne peut prévoir la tournure que prendront les choses.

Puis, peu à peu la température s'élève, le pouls devient plus fort et le malade revient insensiblement à la vie. A ce moment il peut encore être emporté, soit par une syncope, soit par un affaiblissement progressif et rapide, et Roux, de Lausane, attribue dans ces cas la mort au profond état d'inanition, dans lequel se trouvait le sujet qui a été opéré trop tard. C'est également cette même cause que Beatson a invoquée dans un cas ou l'un de ses opérés s'éteignit peu à peu au quatrième jour.

Dans les premières heures qui suivent l'intervention, on peut voir souvent des *vomissements*. Les uns sont probablement dûs au chloroforme ; et nous savons que, pour les prévenir, M. Reclus a proposé l'anesthésie par la cocaïne ; cette question a été discutée au chapitre précédent ; il est donc inutile d'y revenir. Disons seulement que ces vomissements

peuvent amener une solution de continuité au niveau de l'anastomose gastro-duodénale et exposer à une péritonite suraiguë.

Mais, à côté de ces vomissements, il en est d'autres qui surviennent, un peu plus tard, il est vrai, et qui, quoique rares, méritent d'attirer notre attention, car ils sont très graves, et ont même dans un cas nécessité une deuxième intervention, quelques heures après la première.

Le malade est sorti de son collapsus ; depuis un ou deux jours déjà il commence à s'alimenter, quand des vomissements très violents se montrent. Leur intensité est parfois considérable. Les matières sont variables : bile, matières fécales, sang plus ou moins altéré. Ils s'accompagnent de douleurs très violentes au niveau du nombril et de la cicatrice abdominale. Lücke a vu cet accident se produire chez deux de ses opérés après quelques jours d'un calme parfait, alors que tout pouvait faire espérer une guérison prompte. Grâce à de grands lavages répétés de l'estomac il put les faire cesser. Ajoutons que sous l'influence de ces efforts et des contractions de l'estomac, les adhérences gastro-intestinales, encore peu solides, pourraient fort bien se rompre.

Kocher (1), dans un autre cas, fut moins heureux que Lücke. Il est vrai que les vomissements pour se produire n'attendirent pas aussi longtemps. Ils se montrèrent presque aussitôt après l'opération. Leur aspect et leur odeur étaient ceux des matières fécales, preuve évidente que la fistule gastro-intestinale fonctionnait à rebours. Kocher dut faire une nouvelle ouverture du ventre, détruire l'anastomose et refermer par une suture les orifices difficilement créés. La mort survint

---

(1) Cité par Monod à la Soc. de chirurg. Juillet 89.

promptement. Les choses se passèrent à peu près de la sorte chez une opérée de Jesset. « Tout alla bien pendant les premiers jours. Mais au quatrième apparurent des vomissements de matières brunes, très odorantes, évidemment colorées par la bile, qui durèrent jusqu'à la mort survenue dix jours après. L'autopsie montra que l'anse fixée à l'estomac avait subi une inflexion telle que la bile ne pouvait suivre son chemin dans l'intestin et pénétrait dans l'estomac à travers la fistule. »

Il est toute une classe de vomissements, que je qualifierai de tardifs, qui peuvent encore se montrer après l'opération. La gastro-entérostomie a été pratiquée depuis plusieurs mois quand ils surviennent.

Les uns ont pour cause l'étranglement de l'anse intestinale au niveau de la boutonnière mésocolique, fait sur lequel Larkin (1) a déjà attiré l'attention.

Quelquefois, après une longue amélioration, les vomissements, les douleurs reparaissent. On en trouve la cause dans la propagation de la tumeur et son développement autour du nouvel orifice. Aussi, pour parer à cet inconvénient, Hadra recommande-t-il de placer l'ouverture gastrique loin de la tumeur. La sténose fibreuse de l'orifice anastomotique aurait dans deux cas, vérifiés à l'autopsie, été la cause de ces vomissements.

Enfin, Weir, dans le *New-York Medical Jornal* (2) de 1891, invoque une cause peu claire que nous admettons sous toutes réserves. Chez un de ses opérés, au bout de treize à quatorze mois, surviennent des vomissements. D'après ce chirurgien,

---

(1) Larkin. — *The Lancet*. 1891.
(2) *New-York Med. Jorn*. 10 janv. 1891.

« on peut attribuer le fait à l'engorgement des organes à travers la paroi abdominale affaiblie (bien qu'il ait pris toutes les précautions pour éviter une hernie) ou bien à la traction qu'exerce l'intestin ».

Enfin, on voit quelquefois se produire des *troubles digestifs* précédés de *météorisme*. Le malade, qui depuis quelques jours, avait commencé à prendre des aliments par la voie buccale, perd son appétit, des vomissements peuvent se montrer, et le malade meurt d'inanition. Certains auteurs, et M. Pozzi est du nombre, on crut que dans les cas d'opération de Wolfler pratiquée sur la face antérieure de l'estomac, ces troubles digestifs pouvaient être imputables à la compression du côlon transverse par l'anse intestinale qui passe à son niveau pour s'aboucher avec l'estomac. On peut se demander si le retrécissement du nouvel orifice ne joue pas un rôle important dans la production de semblables accidents.

Il est bon d'ajouter que rarement les vomissements ont la gravité de ceux dont il est parlé par Lücke et par Kocher, et encore ceux-ci sont-ils imputables à une faute opératoire. Les vomissements qui cependant sont presque de règle, sont plutôt de petits incidents, et il faudra, autant que possible, les prévenir par la glace et l'opium. Mais rarement ils ont compromis le succès de l'opération. Leur durée n'est du reste pas très considérable. Ils cessent d'eux-même; ou comme dans les cas de Reclus, ils disparaissent à la suite d'une violente débâcle.

La *péritonite* peut être une complication sérieuse, et qui emporte le malade. Elle n'est pas fréquente cependant. Les lavages antiseptiques de l'estomac, avant l'opération, me paraissent indiqués pour la prévenir; grâce à eux, au moment de l'ouverture gastrique, on ne s'exposera pas à infecter le péritoine par des matières venues de la cavité stomacale.

Enfin, il est bon de mettre le malade à l'abri du froid; on verra, dans les observations placées à la fin de ce travail, plusieurs cas de mort dûs à des *pneumonies*.

« La gastro-entérostomie est une opération grave. Et comment en serait-il autrement puisqu'elle comporte l'ouverture du ventre, la recherche et le choix d'une anse intestinale pouvant être utilement et facilement mise en communication avec l'estomac, la fixation de cette anse par des sutures multipliées, et soigneusement placées — et cela, chez un sujet sinon déjà cachectique, du moins épuisé par suite d'une alimentation difficile et insuffisante, par des douleurs souvent intolérables et surtout par des vomissements presque incessants ? Même entre des mains expertes l'opération ne dure guère moins de deux heures. Quoi d'étonnant si, en de telles conditions, beaucoup de malades succombent le jour même ou le lendemain de l'opération, par choc traumatique, sans péritonite et sans infection ? » (1)

Notons qu'il y a plus de trois ans que ces lignes ont été écrites, alors que le manuel opératoire n'était pas aussi bien connu des chirurgiens qu'il ne l'est aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit, le *shock opératoire* est encore la complication la plus sérieuse de la gastro-entérostomie. Il est vrai que cette opération commençant à se répandre, la dextérité manuelle des chirurgiens d'une part, les nouveaux procédés d'anastomose avec des plaques résorbables d'autre part, permettront de faire vite; et la rapidité jointe à une parfaite asepsie seront, vraisemblablement, les deux principaux facteurs du succès.

« La grande majorité des morts est due à un affaiblisse-

(1) Ch. Monod. — *Soc. de chirurgie*, 10 juillet 1889.

ment du cœur. Les causes de cet affaiblissement sont la chloroformisation prolongée et peut-être aussi l'irritation de l'estomac et du plexus solaire. On a noté, en effet, dans certaines observations un arrêt presque complet du pouls au moment de l'incision de l'organe, phénomène analogue à celui qu'on produit artificiellement dans l'expérience de Goltz. » (1)

Le tableau des accidents et des complications de la gastro-entérostomie, tel que je viens de le faire, est peut-être exagéré. Il ne faut pas oublier, en effet, que dans la plupart des cas, l'opération de Wolfler a répondu aux espérances que le chirurgien avait fondées sur elle.

Le premier effet est, en général, la cessation de la douleur, des contractions gastriques, et des vomissements. Que peut-on souhaiter de mieux, cette opération étant purement palliative ?

« Quand l'opération donne de bons résultats, il y a pour le malade une période de bien-être, malheureusement trop courte, qui lui donne pendant quelque temps l'illusion d'une guérison parfaite. L'opéré ne souffre plus ; ces crises gastriques horribles, qu'il avait avant l'intervention, ces vomissements noirs si douloureux qui se montraient après et dans l'intervalle des repas, ont cessé comme par enchantement. »

La chose est facile à comprendre. Grâce à la nouvelle voie que vont suivre les matières pour gagner l'intestin, le pylore, rétréci et ulcéré, ne sera plus irrité par le passage des aliments. Du reste, ne voit-on pas cette accalmie dans la douleur se montrer chez les malades atteints d'un épithélioma du rectum, quand, par l'établissement d'un anus contre

---

(1) Blum. — *Arch. général. de médecine* 1882.

nature, le chirurgien crée aux matières fécales une nouvelle voie au niveau de la fosse illiaque ou de la région lombaire ? Non seulement il y a suppression de la douleur, mais il peut y avoir arrêt momentané dans l'évolution du néoplasme.

Les phénomènes douloureux ne dépendent pas du cancer; ils dépendent de l'obstruction. « Les néoplasmes sont rarement douloureux par eux-mêmes, ainsi que l'a fait souvent remarquer M. Verneuil dans son enseignement. En créant dans l'estomac une voie de dérivation pour les aliments, on supprime l'obstacle mécanique du pylore, et les douleurs disparaissent aussitôt. Suppression des phénoménes douloureux et arrêt momentané de la marche du mal, tels sont les deux avantages immédiats dont l'opéré bénéficie (1).

Les malades qui depuis longtemps déjà ne s'alimentaient plus, commencent à manger de nouveau. On les a tout d'abord, après l'opération, nourris au moyen de lavements, de suppositoires peptonisés; puis, au bout de quelques jours, quand l'estomac a pu se contracter sans risquer de déchirer ses adhérences au jéjunum, des aliments, d'abord liquides, puis des bouillies, de la cervelle, ont été ingérés.

En Angleterre et en Amérique, certains chirurgiens n'ont même pas hésité à alimenter par la bouche leurs opérés, dès le premier jour.

Après huit, dix jours souvent, les opérés ont pu manger. C'est pour eux une satisfaction énorme et d'autant plus agréable que l'ingestion des aliments n'est pas suivie de douleurs épigastriques et de vomissements.

Les forces reviennent rapidement; les malades engraissent. « Ils se trouvent dans le paradis », pour employer l'ex-

(1) Guinard. — Thèse de Paris, 1892.

pression de l'un des clients de Billroth. Leur poids augmente rapidement.

Terrier opère, en juillet, une femme très cachectisée. La malade quitte l'hôpital en septembre ; elle pèse 70 kilogrammes. Quand le chirurgien communique, en octobre, cette observation à la Société de Chirurgie, le poids de la malade est de 175 livres, soit une augmentation de 17 kilogrammes dans un mois et demi.

Une malade de Hadra gagne 22 livres en quelques mois, des faits analogues ont été signalés par J.-B. Jesset, Doyen, et bien d'autres opérateurs.

La constipation est un fait assez constant dans le cancer de l'estomac. Les malades restent huit, dix, quinze jours même, sans aller du ventre. Grâce à la communication gastro-intestinale, cette constipation va disparaître. C'est en général du septième au huitième jour que se montrent les premières selles. Au douzième jour, le malade peut se lever ; la plaie est réunie par première intention. Il va d'une façon régulière à la garde-robe. Les selles ne sont, il est vrai, pas très abondantes, en général, mais la chose est facile à comprendre. Pendant les premiers jours qui suivent l'intervention, on a nourri les malades avec des aliments presque totalement assimilables, lait, bouillon, peptones, jus de viande.

En somme, grâce à cette opération, la situation du malade est totalement changée. Il peut se nourrir, vaquer à ses occupations. La vie n'est plus pour lui une torture constante. Il peut patiemment et sans souffrir laisser la cachexie faire des progrès. On a vu des cas dans lesquels l'appétit est revenu, tel qu'il était aux plus beaux jours de la santé, et Fritzsche a rapporté l'observation d'un de ses opérés qui, pendant huit mois et demi après l'intervention, fut victime d'un appétit féroce.

Car, je l'ai déjà dit, cette opération ne guérit pas le cancer elle procure seulement au malade une fin plus douce et peut prolonger quelques temps son existence en lui permettant de s'alimenter d'une façon à peu près normale.

Combien de temps dure, en moyenne, cette période de guérison apparente? Elle n'est généralement pas très longue. Le cancer de l'estomac a une marche progressive; son évolution est d'autant plus rapide que les ulcérations auront été plus avancées, et que, par conséquent, l'opération aura été plus tardive.

Dans la littérature allemande, on trouve relatée par Hahn l'observation d'une malade chez laquelle, par la laparotomie, il avait reconnu au niveau du pylore une tumeur assez volumineuse pour que le chirurgien préférât la gastro-entérostomie à la pylorectomie. *Cinq ans après l'intervention* la malade mourut d'apoplexie. Il est permis, avec Billroth, de supposer que cette tumeur, rencontrée par Hahn et ses assistants, n'était pas un cancer. En admettant même que ce fut un cancer, une survie pareille doit, pour l'heure tout au moins, être considérée comme tout à fait exceptionnelle, car lorsque les chirurgiens pratiquent la gastro-entérostomie ils n'espèrent pas prolonger pendant cinq années l'existence du patient.

On peut établir comme moyenne ce qui suit :

En général, les malades éprouvent après l'opération un bien-être subit. Leur existence est changée comme par enchantement. « Le sujet recommence une nouvelle vie. » Les choses durent ainsi pendant quelques mois; au bout de ce temps le mal reprend sa marche. A l'embonpoint et aux couleurs momentanément acquises va faire place l'amaigrissement graduel; la face prendra de nouveau cette teinte jaune terreux, si caractéristique dans le cancer de l'estomac. Mais, et ceci est très important, ils ne souffrent pas : ils se

cachectisent insensiblement; ils ne se plaignent pas. Dans la pylorectomie, au contraire, le néoplasme se reproduisant soit au niveau même de l'abouchement gastro-intestinal, soit en un autre endroit de la filiaire pylorique, amènera une nouvelle sténose qui causera et des vomissements et de la douleur; ceux-ci ont quelquefois, par leur intensité, nécessité une deuxième laparotomie, suivie de l'opération de Wolfler.

Dans une note lue à la Société de Chirurgie, en 1889, au sujet de deux gastro-entérostomies faites par Roux, de Lausane, Ch. Monod établissait que la moyenne de la *survie était de trois mois à un an.*

Mais ce chiffre serait peut-être trop minime si nous nous en rapportons à certains auteurs étrangers.

Ainsi, nous voyons Jesset citer l'observation de deux de ses malades encore en vie et chez qui l'opération avait été pratiquée, depuis *deux ans* pour le premier, depuis *quinze mois* pour le second.

Novaro croit qu'une moyenne de *survie de dix-neuf mois* ne serait pas exagérée.

Dans une discussion qui eut lieu en janvier 1892, à la Société de Médecine de Berlin, Hadra a cité les faits suivants : Un malade de Hahn survécut cinq ans ; un autre un an. Dans deux cas, Lücke aurait prolongé la vie de ses malades : une fois de quatorze mois, une autre fois de dix-huit mois. Un opéré de Czerny vivait onze mois après l'intervention. Enfin, le malade qu'Hadra lui-même présentait était opéré depuis huit mois et demi.

Treize opérés de Billroth ont eu une survie de un à quatorze mois. Un malade de Weir, treize mois après la gastro-entérostomie, fut pris de nouveaux troubles gastriques. Une femme opérée par Studsgard était encore en parfaite santé, se nourrissait bien, six mois après l'intervention.

Des résultats pareils sont sans doute fort séduisants et doivent encourager le chirurgien à pratiquer plus fréquemment la gastro-entérostomie.

Il serait assez difficile d'établir une moyenne de la survie d'après les opérations faites en France, car celles, qui ont été couronnées de succès, remontent à quelques mois à peine.

Si les faits empruntés à Jesset, Novaro, Hadra, Weir, etc., sont dignes de foi, je crois qu'on peut admettre comme *moyenne de survie de six à quinze ou dix-huit mois*; car on ne doit pas oublier qu'à côté de ces résultats qui frappent particulièrement notre attention, se trouvent des séries dans lesquelles la mort est arrivée dans les quelques heures ou dans les premiers jours qui ont suivi l'intervention. C'est ce qu'on appelle un succès opératoire.

« Ce qu'il faut surtout faire ressortir, c'est que la mort survient par cachexie progressive. Elle n'est pas précédée des atroces douleurs de l'obstruction pylorique et des terribles angoisses de l'inanition. C'est là une considération capitale puisqu'il est question d'une opération purement palliative (1). »

Tels sont les avantages, et ils sont sérieux, que le patient retirera de l'opération de Wolfler.

Sans doute d'autres procédés ont été essayés, ayant pour but de lutter contre cette sténose pylorique. Mais répondent-ils aux espérances que le chirurgien peut baser sur eux? Les résultats sont-ils aussi bons que ceux que nous fournit la gastro-entérostomie? A part la pylorectomie, ces divers procédés sont pour la plupart isolés; ils ne sont faits que par hasard. C'est ainsi que deux fois Czerny a pu énucléer

---

(1) Guinard. — *Loc. cit.*

une tumeur stomacale sans ouvrir la paroi gastrique. Mais le chirurgien pouvait-il, avant la laparotomie, supposer qu'il allait tomber sur une tumeur sous-muqueuse, facile à enlever?

James Russell (1) dans un cas de cancer de pylore a employé *le tube siphon*. Le malade a vécu cinq ans. Malgré ce succès, l'opération n'a pas été faite de nouveau.

Hagen, ne connaissant pas encore l'opération de Wolfler fit *deux fois la dilatation digitale du pylore cancéreux*. Le doigt, coiffé de la paroi gastrique antérieure, est introduit dans le pylore rétréci. La manœuvre est facilitée par la dilatation de l'estomac au-dessus du point coarcté et par l'amincissement consécutif des parois distendues.

Les malades ont été soulagés pendant quelques semaines. Mais, depuis que Hagen a vu les résultats de l'opération de Wolfler, il a renoncé à sa manière d'opérer, lui préférant la gastro-entérostomie.

Loreta a modifié cette intervention. Il a pratiqué, ainsi que Daniel Mollière (2) (de Lyon) *la dilatation digitale du pylore cancéreux après gastro-stomie*. Mollière fait une première dilatation, laisse une sonde à demeure; neuf jours aprés, nouvelle dilatation; la sonde est replacée dans l'orifice pylorique: le onzième jour, nouvelle dilatation; la malade mourut le dix huitième jour. Inutile d'ajouter que ce procédé peu pratique n'a pas eu d'imitateurs.

Bernays (3), de Saint-Louis (Missouri) a proposé une opération surprenante au premier abord : *le grattage et le curet-*

---

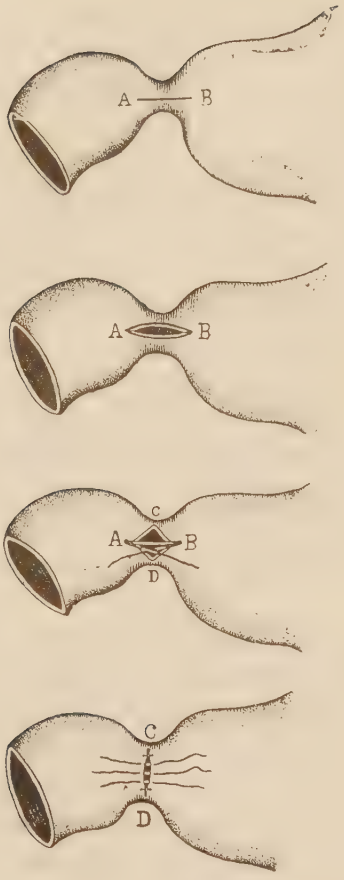
(1) J. Russell, — *British Méd. Jor.* 1884.
(2) Bertoye. — *Lyon Médical*. 16 mai 1886.
(3) Bernays. — *Annal. of. Surgery*. Décembre 1887.

tage de l'estomac cancéreux. Les résultats dans deux cas ont été relativement satisfaisants; le chirurgien n'a eu ni hémorrhagie considérable, ni perforation stomacale. Kœnig, au Congrès de Berlin de 1890, l'a vivement combattue, *á priori*, mais Bernays est venu la défendre, apportant de nouveaux faits. Il est regrettable que Bernays seul ait pratiqué ce grattage de l'estomac, car. si les résultats étaient aussi favorables qu'il le dit, cette opération, qui, théoriquement semble dangereuse et inutile, donnerait de meilleurs résultats que la gastro-entérostomie. Nous n'oserons nous prononcer à cet égard.

La *pyloroplastie* donne-t-elle les résultats qu'elle pourrait faire entrevoir? On sait, en effet, que, grâce à une incision faite sur le pylore, parallèlement à son axe et à l'affrontement, suivant une ligne perpendiculaire à cet axe. des deux lèvres de la plaie, on a essayé d'augmenter le calibre du cancer sténosé.

« La pyloroplastie peut ne pas assurer une communication entre l'estomac et le duodénum, même dans les cas où elle se fait dans les meilleures conditions de facilité. Il est aisé de comprendre que le rapprochement des deux extrémités gastrique et duodénale d'une incision longitudinale du pylore de 5 ou 6 centimètres par une suture transversale détermine toujours la formation de deux culs de sac, du côté de l'estomac et du côté du duodénum, une sorte de replis valvulaire produit aux dépens de sa face postérieure.

» Si le retrécissement est long et étroit, s'il existe des plaques inflammatoires récentes ou indurées sur les faces du viscère, si l'on a à rompre des adhérences entre le pylore et les organes voisins ; la pyloroplastie devient en outre une opération dangeureuse, le nouveau pylore étant forcément étroit, et la suture, de l'aveu même de Bilroht, ne pouvant



Les différents temps de la Pyloroplastie.

être placée en toute sécurité sur des points où la réserve et même la musculeuse ne sont pas intactes (1). »

---

(1) Doyen. — *Loc. cit.*

La pyloroplastie ne peut donc être conseillée. Du reste, admettant que tous les inconvénients signalés par Doyen n'existent pas, la sténose momentanément supprimée ne tardera pas à se reproduire, par la progression croissante du néoplasme. Il faudra alors, dans un temps peut être très court, pratiquer une deuxième intervention. C'est, en effet, cette évolution constante du néoplasme, contre laquelle le chirurgien ne pent lutter, qui est la grande cause de l'inefficacité de toutes ces tentatives opératoires plus ou moins ingénieuses.

Ces manœuvres toutefois ne sont pas trop graves et elles ne *compromettent* pas beaucoup la santé du malade déjà trop affaibli. Elles sont rapidement faites et ne sont pas à proprement parler de grands traumastismes opératoires.

La pylorectomie, très répandue en Allemagne, donne-t-elle des résultats qui doivent engager le chirurgien à la tenter dans les cas de cancer? et surtout de cancer ayant amené une sténose pylorique telle que les matières se trouvent arrêtées complétement dans l'estomac. Cette intervention est très grave, très laborieuse, très longue, fait courir de grands risques au patient. Nous avons vu tout à l'heure que souvent les sujets épuisés chez lesquels on pratiquait la gastro-entérostomie mouraient du fait même de l'opération, qui pourtant dans beaucoup de cas ne dure pas une heure. C'est moins l'ablation d'une partie de l'estomac que le temps nécessité par cet acte qui met en péril la vie du malade. On peut facilement réséquer chez un animal l'estomac, en partie ou en totalité, et celui-ci ne succombe pas. Dans ces conditions, le chirurgien n'ayant ni adhérences à vaincre, ni ganglions à enlever, procède très rapidement. La pylorectomie qui, chez un homme sain, ne serait peut-être pas plus sérieuse qu'une gastro-entérostomie, tue un grand nombre de cancéreux, parce qu'elle est une opération trop longue et trop laborieuse.

Du reste, le rapide exposé du manuel opératoire que je

vais en faire, en insistant sur les complications qui peuvent se produire, suffit à montrer combien cette intervention est grave, et me dispensera de m'étendre longuement sur les avantages de la gastro-entérostomie.

Je suppose que la pylorectomie est pratiquée chez un cancéreux avancé.

La laparotomie une fois accomplie, le chirurgien, comme pour la gastro-entérostomie, devra faire l'examen de la tumeur. Puis il procédera à l'isolement de celle ci. Ce temps comporte : 1° la séparation du pylore de ses attaches épiploïques normales ; 2° le détachement des adhérences anormales ; 3° l'extirpation des ganglions dégénérés ou tuméfiés ; 4° l'ablation de la tumeur hors de la cavité abdominale.

On voit déjà combien ce temps est compliqué et on peut, *à priori,* supposer que les difficultés seront nombreuses.

La *séparation des insertions pyloriques* peut se faire soit au thermo-cautère, soit avec les doigts et le bistouri, après avoir placé dans les parties vasculaires un nombre suffisant de pinces hémostatiques. Mais le chirurgien exposera forcément à la gangrène, l'intestin, s'il détache l'épiploon en dehors des limites de la section duodéno-pylorique. Les expériences de Madelung et de Rydygier sont assez concluantes à cet effet.

Le chirurgien procède ensuite à la *destruction des adhérences* pariétales, épiploïques et viscérales, opération grave et souvent fort difficile.

Les adhérences pariétales n'ont généralement pas grande importance ; il n'en est pas toujours ainsi pour les adhérences épiploïques.

Les *adhérences viscérales* sont de beaucoup les plus sérieuses. Elles sont hépatiques, pancréatiques, intestinales.

Les *adhérences hépatiques* ont obligé Kocher, dans un cas, à enlever tout le lobe gauche du foie ; une hémorrhagie

considérable se produisit. Le malade mourut au bout de vingt-quatre heures de collapsus. Billroth dût enlever au thermo-cautère un morceau du foie adhérent. Le malade mourut au sixième jour.

Les *adhérences pancréatiques* sont très fréquentes. Il est rare que, dans nos autopsies, nous ne rencontrions pas une invasion plus ou moins marquée de cette glande par le processus cancéreux. La rupture des adhérences expose à des hémorrhagies; l'ablation du pancréas est également très grave; les morts sont nombreuses dans les cas de pylorectomie avec ablation totale ou partielle du pancréas; et bien souvent l'invasion néoplasique de l'organe a empêché le chirurgien de tenter l'opération.

Les *adhérences intestinales* ont surtout lieu avec le côlon. Les adhérences à l'intestin grêle n'ont, en effet, été rencontrées que deux fois par Tillmans, de Liepzig, et Girardo Bigi, de Perrugia. Les deux malades succombèrent très rapidement.

L'union du côlon et de la tumeur peut s'établir par des adhérences inflammatoires et assez faciles à rompre, ou par propagation du cancer pylorique au côlon, auquel cas l'union est étroite et indestructible. Il faut alors pratiquer la résection concomitante du pylore et du côlon envahi par la tumeur. Les résultats obtenus par Socin, de Bâle, et Heinecke dans cette tentative sont peu encourageants : deux interventions, deux morts, l'une par péritonite purulente, l'autre par gangrène des bords de la plaie au niveau du côlon réséqué.

Dans les cas où les adhérences ne sont pas cancéreuses, elles sont assez faciles à rompre. Mais la séparation des deux organes ne sera obtenue qu'après avoir séparé le méso-côlon transverse du côlon, dans toute l'étendue où ce dernier adhère au pylore cancéreux. Or, ce détachement entraîne souvent la

gangrène de la portion correspondante du côlon et la mort par péritonite. Molitor, Czerny (1), Küster (2), Schmidt (3), de Stettin, en ont signalé cinq cas.

On voit combien ce temps de la pylorectomie est hérissé de difficultés, et combien sont graves les accidents qui en résultent.

Ce n'est pas tout : il reste encore à *enlever les ganglions*. Si l'opération est facile pour quelques-uns, la majeure partie d'entre eux est laissée dans l'abdomen ; et bien souvent des hémorrhagies graves accompagnent l'ablation de quelques autres.

Nous avons vu Kocher et Billroth obligés de réséquer le foie par suite de l'expansion de la néoplasie ; le cancer peut encore envahir le petit épiploon. Dans un cas de ce genre Baïkoff, voulant enlever le petit épiploon, dut poser 100 ligatures.

Ce sont autant de complications qui indépendamment de leur gravité, ont l'inconvénient de prolonger d'une façon trop considérable l'opération et laissent sous le chloroforme, un malade déjà bien faible, pendant un temps trop considérable.

La tumeur, isolée entre deux pinces en général, est enlevée, et on procède ensuite aux sutures.

Inutile d'insister sur ce temps du manuel opératoire qui ne présente rien de bien spécial, si ce n'est sa longue durée.

De ce rapide exposé, on peut conclure que la pylorectomie est une opération très sérieuse. Elle ne consiste pas toujours

---

(1) Czerny. — *Wien. méd. Wochen.* n° 17. 1884.
(2) Kuster. — *Ceutralb. f. chirurg.* n° 45. 1884.
(3) Schmidt. — *Centralb. f. chirurg.* n° 1. 1890.

dans la seule résection du pylore malade, puisque dans certaines observations rapportées à l'étranger nous voyons Kocher et Billroth enlever une portion de la glande hépatique, Baïkoff réséquer l'épiploon, Socin, Tillmanns, Heinecke faire l'ablation d'une partie du colon ou de l'intestin grêle envahis par le néoplasme. Et puis, ce sont la gangrène, la péritonite, les hémorrhagies qui viennent encore assombrir le tableau.

La tumeur enlevée, il faut par des sutures aboucher ce qui reste de l'estomac avec l'intestin, manœuvre qui, à elle seule, demande plus de temps que la création de la fistule gastro-intestinale.

J'ai essayé d'établir un tableau comparatif de la durée opératoire de la gastro-entérostomie et de la gastrectomie. Malheureusement, beaucoup d'observations ne donnent pas le temps qu'a employé le chirurgien pour accomplir son intervention.

Le tableau ci-joint, bien qu'incomplet, permettra de juger d'un coup d'œil, combien la gastro-entérostomie est d'une exécution plus rapide que la résection du pylore.

DURÉE DE L'OPÉRATION

Pylorectomie

3 fois	1 heure.
4 fois	1 h. 1/4.
3 fois	1 h. 1/2.
3 fois	1 h. 3/4.
9 fois	2 heures.
6 fois	2 h. 1/4.
15 fois	2 h. 1/2.
3 fois	2 h. 3/4.
12 fois	3 heures.
2 fois	3 h. 1/4.

4 fois	3 h. 1/2.
8 fois	4 heures.
3 fois	4 h. 1/2.
2 fois	5 heures.
1 fois	6 heures.
1 fois	6 h. 1/2.

Moyenne : 2 h. 1/2 à 3 heures.

Gastro-entérostomie.

6 fois	1/2 heure.
4 fois	40 minutes.
3 fois	3/4 d'heure.
2 fois	cinquante minutes.
3 fois	1 heure.
3 fois	1 h. 1/4.
4 fois	1 h. 1/2.
1 fois	2 heures.
1 fois	2 h. 50.
1 fois	3 h. 1/2.

Moyenne : 3/4 d'heure.

Ainsi tandis que, d'une façon générale, la gastro-entérostomie ne demande guère que trois-quarts d'heure à une heure pour être faite, le chirurgien doit employer au moins deux à trois heures pour réésquer le pylore cancéreux, et faire ses sutures. Et tout ceci après un travail des plus pénibles, hérissé de difficultés et plein de complications qu'on ne peut, bien souvent, prévoir. Evidemment, un chirurgien habile, « qui a les mains propres et un bon bistouri », peut tout essayer, mêmes les opérations les plus risquées. On peut comprendre toutes les tentatives dirigées contre les kystes de l'ovaire, l'utérus envahi par les fibromes ; parceque le succès couronne souvent l'intervention. Mais les résections, même les plus étendues de l'estomac, pourront-elles guérir le cancéreux de

son mal? Les fréquences des récidives du cancer du sein opéré trop tard, même après un curage soigneux de l'aisselle, lors même que le chirurgien qui a cru largement dépasser les limites du mal, nous prouve qu'on ne peut compter sur la cure radicale du carcinome. La récidive du cancer de l'estomac est fatale ; le sténose ne tardera pas à se produire, nécessitant une nouvelle gastrectomie ou une opération de Wolfer. Chez deux de ses réséqués, Billroth dut faire une gastro-entérostomie huit ou dix mois après la première opération et la mort survint quatre et douze mois plus tard.

La résection du pylore commence du reste à être abandonnée ; les chirurgiens voient que les résultats qu'elle donne sont loin d'être aussi favorables que ceux de la gastro-entérostomie. Kœnig, dont le nom en pareille matière, fait autorité, l'a abandonné ou à peu près, il ne la tente pas dès qu'il constate l'envahissement ganglionnaire. » Lorsque les ganglions sont pris, dit-il, la résection ne donne que de mauvais résultats ».

De l'analyse de vingt-six cas de cancer gastro-intestinal accompagnés d'autopsie, John L. Steven, dans le *Bristish. médical jornal*, du 23 avril 1892, tire les conclusions suivantes :

1° Dans l'état actuel de nos connaissances, la pylorectomie est une opération très rarement justifiable.

2° La gastro-entérostomie et les autres opérations palliatives sur l'intestin ne doivent être considérées que comme des moyens de soulager à la période avancée des cancers, des souffrances intolérables et de rendre la vie plus supportable.

Du reste, cédons la parole à M. le professeur Léon Lefort :

« La résection du pylore pour cancer est-elle légitime? C'est ce qu'il nous faut examiner. Pour qu'une opération soit légitime il faut qu'elle puisse laisser comme probable la guérison ou le soulagement du malade. Il faut que l'opération ne dépare pas le bénéfice possible qu'en peut retirer l'opéré...

« Pour que la guérison du cancer soit possible il faut que le mal puisse être enlevé dans sa totalité. Et pour que cette extirpation totale soit faite il faut qu'il ne soit pas étendu au delà du pylore, qu'il n'envahisse ni les ganglions, ni une trop grande étendue du pancréas.

» Les risques ne sont pas davantage en rapport avec les bénéfices possibles. Quant il s'agit d'une de ces maladies qui menacent le malade d'une mort certaine, d'un anévrysme, d'un kyste ovarique, de certains fibromes utérins, de tumeurs thyroïdiennes comprimant la trachée, de ces maladies dont une opération peut amener la guérison définitive, on peut ne pas hésiter devant un danger certain, car si les risques sont grands, le bénéfice est immense, puisqu'on a en parrallèle deux termes absolus : la mort, la guérison.

« Mais les choses se modifient beaucoup quand il s'agit de cancer. Ici l'un des termes n'est plus que relatif, puisque la guérison, le plus souvent, n'est que temporaire. L'atténuation de l'un des termes entraîne l'atténuation de l'autre. Or, la certitude du péril ne peut plus compenser l'incertitude du résultat. Malgré la probabilité des récidives, nous opérons les cancers du sein, de la face, de la langue, des membres, même quand il faut en faire l'amputation, parce que si le bénéfice peut n'être que temporaire, le danger de l'opération est au moins minime. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit du cancer de l'estomac : la grandeur de l'opération n'est plus en rapport avec la probabilité d'un résultat favorable. *Quelques mois de vie donnés à quatre malades ne compensent pas la mort de vingt-trois opérés tués par le chirurgien* (1).

---

(1) Lefort. Cité par Kahn. Th. Paris, 1883.

Tuholske l'a systématiquement abandonnée et fait toujours la gastro-entérostomie. Cette opération n'a, du reste, été pratiquée que très rarement en France, et les résultats qu'elle a donnés à nos compatriotes, ne sont guère faits pour les engager à persister dans cette pratique.

Le procès que je viens de faire à la pylorectomie, me dispensera d'insister longuement sur l'*opération de Billroth*.

Le chirurgien de Vienne a, dans cette intervention, essayé de faire à la fois la cure radicale et le traitement palliatif du cancer, en combinant la résection de l'estomac à la gastro-entérostomie. Puisque l'ablation de la tumeur n'empêche pas sa récidive, à quoi bon compliquer inutilement l'opération de Wolfler, par la résection pylorique?

Les statistiques montrent que la mortalité consécutive à la gastro-entérostomie, est bien moins considérable que celle qui résulte de la pylorectomie. A la clinique de Billroth, à Vienne, elle est de 50 0/0 ; à Strasbourg, elle est déjà tombée à 31 0/0. En Amérique, grâce au procédé de suture avec les plaques de Senn, nous voyons Weir déclarer que la mortalité dans la gastro-entérostomie, est réduite à 11 0/0. La diminution énorme dans ce pourcentage, en quelques années, doit faire bien augurer de l'avenir de l'opération de Wolfler.

Je n'ai fait que citer, à la hâte, les tentatives de Czerny, Hahn, Mollière, Loreta. Ce sont des essais isolés, et non des opérations réglées ; leur but n'en est pas bien déterminé. Du reste, les résultats qu'elles ont donnés, ne valent guère la peine qu'un chirurgien les prenne en considération.

Si le grattage de la néoplasie pylorique avait fourni entre les mains de quelques opérateurs, des avantages aussi sérieux que ceux que proclame Bernays, de Saint-Louis, on ne devrait pas hésiter à le préférer à l'opération de Wolfler. Les résultats publiés, au Congrès de Berlin, par son inventeur

sont des plus séduisants. Mais on ne peut se prononcer d'une façon certaine sur la valeur d'une opération dont on ne connaît que trois cas, qui, encore, nous viennent des bords du Missouri !

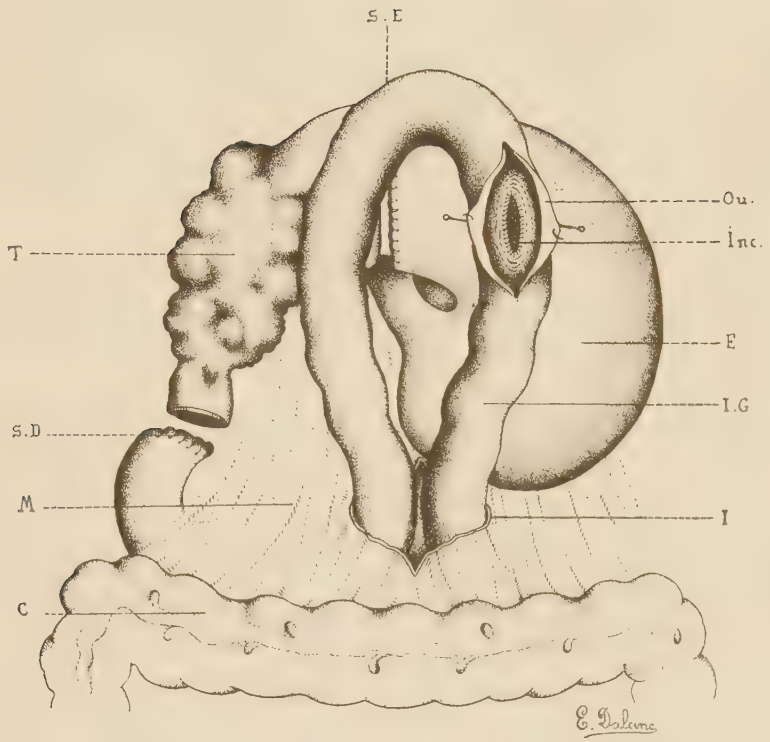
Pas plus que la pylorectomie, l'opération de Billroth n'est une cure radicale. Or, lorsque le chirurgien a une opération palliative, relativement facile, comme l'est celle de Wolfler, à sa disposition, on ne comprend pas très bien pourquoi il compliquerait, à plaisir, l'intervention par la résection d'une tumeur dont la récidive est fatale et exposerait le patient à des hémorrhagies graves, la gangrène du colon, des déchirures du foie, la péritonite aiguë ou suraiguë ?

Du reste les observations d'opération de Billroth, rapportées à la fin de ce travail, prouvent trop la gravité et l'inutilité de cette intervention puisque sur 10 cas, la mort est survenue huit fois. Et encore il est bon de noter que sur ces cas, l'un dû à Rawdon, l'autre à Bull, de New-York, l'opération de Billroth avait été faite par ce dernier chirurgien, non pour un cancer, mais pour un rétrécissement cicatriciel du pylore. La proportion de la mortalité est donc de 90 0/0 pour ce qui concerne le cancer.

La mort est d'une façon générale, survenue dans le trente-six heures qui suivent l'opération ; elle est surtout imputable au shock. White, de Philadelphie, et Robson croient que la difficulté de pratiquer les sutures et le peu de solidité de ces dernières également jouent un rôle important comme causes d'insuccès.

Pour remédier aux douleurs et aux vomissements, l'opération de Wolfler est, pour le moment, le meilleur traitement.

Mais quand devra-t-on la tenter ? Le cancer de l'estomac est encore en France malheureusement trop considéré comme une affection purement médicale et on hésite toujours à



Opération de Billroth. — L'anastomose est ici établie entre l'intestin et la face postérieure de l'intestin. — T, tumeur du pylore ; S. E, section de l'estomac S. D, suture de la section duodénale ; M, méso-côlon ; I, incision du méso-côlon I. G, anse de l'intestin grêle ; C, côlon ; E, estomac ; Ou, incision sur l'anse jéjunale pour montrer la bouche gastro-duodénale, *Inc*.

ouvrir un ventre pour porter remède aux douleurs abominables qui empoisonnent les derniers jours des malades. Non seulement les médecins sont réfractaires à l'idée d'une intervention sanglante dans le cancer de l'estomac, mais certains chirurgiens et des meilleurs, la condamnaient, il n'y

a pas longtemps encore, d'une façon absolue. M. Richet, qualifiait d'irraisonnées toutes les tentatives faites dans cette voie. « Je me suis trouvé plusieurs fois, disait-il, en présence de malades atteints de cancer du pylore et demandant instamment à être opérés. J'ai toujours refusé ; estimant qu'il n'est pas *humain* de faire courir à un malade les chances d'une opération aussi grave pour aboutir en cas de guérison opératoire à une récidive assurée. »

« Est-il besoin, ajoute M. Guinard, de joindre à la liste des chirurgiens français qui refusent systématiquement le secours du bistouri à ces malades, le nom de Desprès. On aurait pu le deviner (1). »

L'opération de Wolfler ne doit pas être érigée en principe et pratiquée systématiquement dans tous les cancers de l'estomac. Nous avons vu, dans un précédent chapitre, que certains malades meurent sans trop souffrir et qu'on a même quelquefois trouvé à l'autopsie des cancers qui n'avaient pas eu de manifestation pendant la vie (2).

Il faut seulement considérer les cas de cancer avec sténose, douleurs, vomissements. Doit-on tenter l'opération dans tous les cas qui rentrent dans cette catégorie ? Sans doute, on peut toujours faire la laparatomie, mais le chirurgien ne doit pas se laisser entraîner par la satisfaction énorme qu'il éprouvera à faire sur le vivant une belle séance de médecine opératoire. Il devra sagement peser les indications de son opération. Certains cas sont trop défavorables pour qu'il soit bon de tenter aucune espèce d'intervention ;

---

(1) Guinard. — *Loc. cit.*
(2) Mathieu. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1890.
(2) Gourmand. — Th. de Bordeaux, 1884.

celle-ci ne ferait, en effet, que hâter la mort, qui cependant n'eût pas été longue à venir. Il vaut mieux laisser mourir, probablement à brève échéance, le malade, que le tuer fatalement. Quelquefois, le malade souffre d'une façon si atroce, les vomissements sont tellement douloureux qu'il demande à tout prix l'opération, et menace même de mettre fin à ses jours si le chirurgien ne cède à son désir. Ce sont là, en général, des cas peu favorables; le patient est tellement affaissé qu'il court le risque de succomber du fait même de l'opération. « Je dois le déclarer, dit Guinard, on ne doit, en aucune façon, se laisser intimider par les menaces. Que le malade se suicide, c'est son affaire. Le chirurgien n'a pas, par ce seul fait, le devoir de faire une opération irraisonnée qui n'aura aucune chance de succès ».

Le médecin ne doit pas se laisser imposer sa volonté par le malade. C'est lui qui doit insensiblement le conduire à cette idée d'une opération, dès qu'il verra se produire les premiers phénomènes de la sténose pylorique; il devra lui faire comprendre quelles en seront les graves conséquences et les souffrances abominables qui l'attendent presque sûrement. Dans ces conditions, l'intervention pourra être faite avec fruit, surtout parce qu'elle aura été précoce. « A ce point de vue, il y a une différence capitale entre ce qui se passe en France et en Allemagne. Il semble qu'une sorte d'esprit militaire règne sur toute la population civile en Allemagne. Les malades acceptent sans discussion et pour ainsi dire passivement ce que le médecin décide. Chez nous, au contraire, il faut y mettre de la persévérance et donner des explications. Le malade veut se rendre compte. Il veut qu'on lui explique (1). »

(1) Guinard. — *Loc. cit.*

Il ne serait donc pas indifférent, au point de vue du succès, que le mal soit très avancé, que le cancer évoluât depuis longtemps. Les meilleurs résultats ont été fournis sur des opérés encore jeunes chez lesquels la tumeur ne datait que d'un an et qui avaient pu s'alimenter d'une manière satisfaisante.

Cependant, M. Paul Reclus prétend qu'on doit opérer à peu près toujours. « A cette heure, nous dirions volontiers, que l'opération est justifiée si la nutrition est compromise par les vomissements opiniâtres, quel que soit l'âge du malade et de la maladie. Nous pratiquerons l'anastomose dans tous les cas où la pylorectomie n'est pas indiquée et celle-ci ne nous paraît acceptable que dans des cas tout à fait exceptionnels, lorsque le cancer est circonscrit, petit et sans adhérences.

« Donc *nous opérerons à peu près toujours* et surtout le plus rapidement possible. Nous savons, en effet, à quel point la précocité de l'intervention a fait tomber la mortalité dans la gastro-entérostomie. Il me semble du reste que l'expérience commence déjà à répondre pour la gastro entérostomie. A feuilleter simplement les recueils, j'ai relevé neuf gastro-entérostomies pratiquées en France dans les huit derniers mois, et je constate huit succès contre une seule mort opératoire.

» Aussi ces chiffres me rassurent et *je conclus, pour ma part, à une thérapeutique chirurgicale plus active dans les cas de cancer du pylore,* pensant que la gastro-entérostomie d'une gravité beaucoup moindre que la pylorectomie, peut prolonger la vie et adoucir les derniers jours du malade. »

« M. Reclus, dit Terrier, soutient actuellement qu'il faut opérer toujours ; c'est peut-être aller trop vite, en raison du nombre d'observations relativement encore peu considérable qui existe sur ce sujet, mais je suis pourtant d'avis que, dans

beaucoup de cas, on est absolument autorisé à pratiquer la gastro-entérostomie et je suis convaincu que le nombre des interventions tendra à augmenter d'autant plus que l'on y songera de meilleure heure et que l'on aura ainsi plus de chances d'accroître la durée de la survie ; dans ces conditions on peut dire qu'on opérera presque toujours et non presque jamais, comme cela pouvait être soutenu il y a, 3 ans. » (1)

Le chirurgien étant décidé à intervenir, à quel procédé aura-t-il recours ? Je crois que l'anastomose pratiquée avec des plaques résorbables est le moyen qui doit être particulièrement conseillé.

Dans 35 observations, les plaques de Senn ont éte employées et le résultat est nettement indiqué. Or on trouve :

23 guérisons.

12 morts.

C'est-à-dire plus de 75 0|0 de succès.

Dans 100 observations, l'anastomose a été simplement établie par des sutures ; on note :

62 guérisons.

38 morts.

Les résultats sont moins favorables que dans la série précédente.

Or, il faut remarquer que, dans le nombre de ces guérisons se trouve une quantité assez considérable de guérisons purement opératoires.

La gastro-entérostomie n'est plus guère pratiquée, en Angleterre et en Amérique, que par le moyen de ces plaques. Les avantages en sont énormes : rapidité dans l'exécution,

---

(1) *Société de Chirurgie*, 19 et 26 octobre 1892.

manuel opératoire très simple, suppression d'un grand nombre de points de sutures, d'une exécution minutieuse et souvent difficile.

La gastro-entérostomie ne demande pas plus de 25 à 30 minutes pour être faite par ce moyen, alors que, si on ne se sert pas de plaques résorbables, il faut compter, comme moyenne minimum.trois quarts d'heure, et encore l'opération doit elle être faite par des chirurgiens ayant une grande habitude de ce manuel opératoire. Mais, dans bien des cas, elle demandera une heure et demie et plus, pour être exécutée.

De plus, il faut que le chirurgien répète son opération sur le cadavre plusieurs fois avant de la tenter sur le malade, de façon à la posséder dans ses plus intimes détails. L'emploi des plaques d'os ou de corne simplifie tellement cette manœuvre, que tout médecin peut exécuter — même sans essai préalable — rapidement une gastro entérostomie. Il m'a fallu à peine trente-cinq minutes la première fois que je l'ai pratiquée sur un chien au moyen de disques en cornes.

Si le chirurgien se décide à employer des plaques résorbables, il ne devra pas se contenter, comme le font beaucoup d'opérateurs anglais ou américains, d'amener les séreuses en contact en nouant simplement, deux par deux, les fils homologues ; la coaptation n'est pas suffisante.

Bien que le serrage des fils, tel que je l'ai expérimenté assure un rapprochement très suffisant entre les deux surfaces séreuses, je crois bon, d'ajouter un surjet de sutures de Lembert, dont l'exécution demande à peine trois minutes, grâce à la reflexion des tuniques intestinales sur la circonférence des plaques.

Ainsi pratiquée, la gastro-entérostomie semble réunir les meilleures conditions comme opération palliative. Elle n'est

pas grave ; sa durée est très courte (25 à 40 minutes au maximum) ; elle n'expose pas à de sérieuses complications post opératoires semblables à celles qui surviennent souvent après la pylorectomie : gangrène, péritonite, hémorrhagies.

Elle offre de plus l'avantage d'être d'une exécution très facile et à la portée de toutes les habiletés chirurgicales. Par ce procédé, on fait vite et bien : ce sont là, les deux principaux facteurs du succès opératoire.

L'opération de Wolfler qui, pendant longtemps, était restée cantonnée à l'étranger, commence, non pas à se répandre, mais à se pratiquer en France. De jeunes et habiles chirurgiens en sont les chaleureux défenseurs à Paris, et plus encore en Province. Des discussions s'engagent à son sujet au sein des Sociétés savantes : espérons que la lumière en jaillira et que, dans un avenir prochain, la gastro entérostomie passée dans nos mœurs médicales se pratiquera d'une façon aussi courante que la trachéotomie dans le cancer du larynx, l'anus contre nature dans l'épithélioma du rectum, la trépanation dans l'épilepsie jacksonienne ou la pneumotomie dans les abcès du poumon.

CHAPITRE IV

Cette dernière partie dn travail contient toutes les opérations de Wolfler que j'airencontrées dans la littérature médicale française ou étrangère.

Malheureusement, quelques unes sont simplement citées, car je n'ai pu me procurer les journaux dans lesquels elles étaient publiées.

Leur nombre monte à 164. Il est vrai que dans ce chiffre sont comprises 10 opérations de Billroth. Le total des opérations de Wolfler vraies tombe alors à 154.

La chirurgie française en fournit une bien minime part. Il n'y a, en effet à l'heure présente que 14 gastro-entérostomies connues en France. Elle se répartissent de la sorte :

Quatre à Paris (Pozzi, Péan, Reclus, Terrier.)

Huit en province ; à savoir :

Quatre à Lyon (Jaboulay) ; deux à Bordeaux (Dubourg et Villar) ; deux à Toulouse (Jeannel)[1]; une à Reims (Doyen) ; une au Mans (Delagénière.)

La mortalité est de plus de 50 0/0

---

(1) Je regrette de ne pouvoir publier ici deux observations inédites de M. Jeannel. Mais le sympathique professeur de clinique chirurgicale de Toulouse à qui je me suis adressé, a bien voulu me répondre que ces deux observations devant bientôt paraître dans un travail qu'il a en préparation sur la gastro-entérostomie, il ne pouvait en disposer deux fois. Je ne fais donc que les mentionner au point de vue statistique.

OBSERVATIONS

Observations I et II

Sténose cancéreuse du pylore. — Dilatation de l'estomac. — Gastro-entérostomie.

Wolfler. — (Clinique de Billroth, 28 septembre 1881.)

1° Homme, trente-huit ans. Douleurs, vomissements incoercibles ; alimentation impossible. Incision exploratrice. Pancréas et épiploon gastro-hépatique envahis. Wolfler se décide à faire l'anastomose gastro-intestinale.

Incision de 5 centimètres près de la grande courbure, au-dessus de l'insertion du gros épiploon. Incision de même longueur sur une anse intestinale. Sutures muqueuses et séreuses. Pansement à l'iodoforme.

Le huitième jour, le malade pouvait prendre des aliments solides. Un mois après, amélioration de l'état général ; les digestions ne sont plus douloureuses : selles régulières.

Peu après le 2 novembre, Billroth eut recours à la même opération, mais le résultat fut malheureux.

2° Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, atteint d'un cancer inopérable du pylore. Billroth opéra la gastro-entérostomie. *L'opération dura une*

heure et ne fut pas suivie de péritonite. Mais dès l'abord se produisirent des vomissements bilieux qui continuèrent jusqu'à la *mort, survenue le dixième jour*. L'autopsie fit voir qu'au siège de l'opération il s'était formé un *éperon* qui conduisait la bile dans l'estomac et interceptait presque complètement le passage des matières dans le bout inférieur de l'anse intestinale ouverte.

Observation III

Un cas de gastro-entérostomie.

F. Fischer. — (*Deutsche Zeitsch f. chirurg.* t. XVII, 1882.)

Le 6 mai fut admise à la clinique de Kussmaül, à Strasbourg, une femme de trente-deux ans, atteinte d'un cancer du pylore très douloureux, causant des vomissements fréquents. Comme la tumeur était mobile, Lücke résolut de l'extirper, cela n'étant pas possible, on pratiqua la gastro-entérostomie suivant la méthode de Wolfler.

L'opération fut faite le 25 mai ; adhérences au foie, à la vésicule biliaire, engorgement ganglionnaire volumineux. Incision de 5 centimètres sur l'anse intestinale ; incision égale sur l'estomac. Trente et un points de suture profonde réunirent sur toute la circonférence les muqueuses gastrique et intestinale. Trente-quatre points de suture de Lembert rapprochèrent au-dessus d'eux les séreuses. Aussitôt après l'ablation des pinces à pression, l'estomac et l'intestin qui étaient cyanosés, reprirent leur coloration, et l'on vit le contenu du ventricule passer dans l'anse intestinale. Le ventre fut fermé, et la malade guérit.

Dès le troisième jour, on avait administré du lait. Bientôt, le dixième jour, on donna un peu de nourriture solide. Le trente-septième jour, la malade quittait l'hôpital. Deux mois après, elle ne vomissait pas, avait augmenté de poids : la tumeur paraissait stationnaire.

Observation IV

Cas de gastro-entérostomie

(Rydygier. — *Centralb. f. Chirurgie*, n° 16, 1883, p. 241)

Homme de cinquante-quatre ans, souffrant de l'estomac depuis deux ans. Très amaigri, ne peut avaler que des liquides ; leur ingestion est presque aussitôt suivie de vomissements. Au pylore, on trouve une tumeur mobile grosse comme une pomme. La laparotomie montre l'engorgement ganglionnaire. L'opération fut pratiquée selon le procédé de Wolfler; on n'eut pas recours aux compresseurs; des aides furent chargés d'empêcher l'écoulement au dehors du contenu de l'estomac et l'hémorrhagie. Le catgut fut employé pour les sutures. Le quatrième jour après l'opération le malade eût à plusieurs reprises des selles diarrhéiques noires, abondantes. *Il succomba rapidement*. L'autopsie montra dans l'intestin une grande quantité de sang extravasé : ce sang venait de la plaie de l'estomac. Les sutures ne s'étaient pas relachées, il n'y avait rien dans le péritoine.

Observation V

(Kocher. — *Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte*, 1883)

Homme de cinquante ans. Adhérences de la tumeur. Impossibilité de la pylorectomie. Ganglions dégénérés ; nodules cancéreux dans le péritoine. Gastro-entérostomie le 5 juin 1882. Le soir, vomissements de matières noires. Kocher ouvre de nouveau le ventre, détruit l'anastomose, remet les organes dans leur position naturelle.

Mort le lendemain matin.

Observation VI

Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie.

(Courvoisier, de Bâle. — *Centralblatt f. Chirurg.* n° 49, 1883)

Femme de cinquante-six ans, souffre depuis six semaines. Depuis un mois, petite tumeur dure au creux épigastrique, très mobile. Constipation. Amaigrissement.

Laparotomie : adhérences du côlon, pancréas, épiploon hépato-duodénal.

Opération dure deux heures cinquante minutes.

Meurt dix jours après de péritonite.

Pour la première fois, on fit passer l'anse intestinale à travers une boutonnière du méso-côlon transverse.

Observation VII

Gastro-entérostomie antérieure. — Mort.

(Ransohoff et Whittaker. — *Cincinnatii Acad. of Médecine*, nov. 1884)

Homme de trente-quatre ans ne souffrant que depuis une année de troubles gastriques. A son entrée à l'hôpital, le symptôme le plus marqué est le vomissement. La douleur est peu intense et disparaît quand l'estomac est vide. Emaciation extrême ; dilatation considérable de l'estomac. On ne put découvrir la tumeur et on pensa à un rétrécissement du pylore. Les vomissements ne cessant pas même après des lavages de l'estomac faits pendant une semaine on se décida pour une opération. La laparotomie faite, on trouva une tumeur de 2 pouces de long englobant toute la circonférence du pylore et qu'on n'avait pu reconnaître pendant la vie, cachée qu'elle était par la surface du foie. Ransohoff se décida à faire une gastro-entérostomie en abouchant à la paroi antérieure de l'estomac une anse intestinale prise à 8 ou 10 pouces de l'extrémité du duodénum. *Mort huit heures après l'opération.*

Observation VIII

Gastrectomie un an avant. — Gastro-entérostomie.

(Socin, de Bâle, *Central blatt Schweizer Aerzte* 1884).

Femme de quarante-trois ans, opérée le 15 juillet 1883 de pylorectomie. 2 ganglions enlevés. Adhérences pancréatiques dfficiles à rompre. Bon résultat opératoire.

Un an après (15 juillet 1884), gastro-entérostomie.

Durée une heure un quart. Suites opératoires très simples. Quatre mois après, la malade avait augmenté de 21 livres. Cette femme est morte le 7 janvier 1886. Les deux opérations lui ont procuré une survie de deux ans et demi.

La tumeur récidivée occupe la plus grande partie de la portion restante de l'estomac et a envahi aussi les parois abdominales.

L'ouverture de communication établie entre le jéjunum et le fond de l'estomac est encore intacte.

Jusqu'à la fin les fonctions intestinales se sont régulièrement accomplies.

Oservations IX à XVI

De la gastro-entérostomie, par Rockwitz.

(*Deut. Zeit. Für. Chirurg.* XXV).

Dans ce travail Rockwitz rapporte huit nouvelles observations de gastro-entérostomies faites par Lücke. Aucun décès opératoire. Une seule malade est morte le quatorzième jour de pneumonie et d'inanition, mais surtout de l'avis de l'auteur, d'obstruction intestinale.

Il s'agissait 6 fois de cancer et 1 fois d'ulcère de l'estomac ; 1 fois le diagnostic était indécis. Cette dernière malade opérée, il y a dix-huit mois, se porte très bien.

Pour les cancers la mort est survenue, sans parler de celle du quatorzième jour :

1	fois	au bout	de	14 mois
1	»		6	»
1	»		4	»
1	»		3	»

Deux malades opérées depuis onze mois et un mois se portent bien.

Observations XVII et XVIII

Gastro-entérostomies antérieures.

(Hahn, *Berl. Klin Wochen*, 14 décembre 1885. — Résumées par mon ami le docteur Fromaget, chef de clinique à la Faculté.)

1° H... (Pierre), quarante-cinq ans, souffrait depuis deux ans de douleurs en rapport avec un retrécissement du pylore. Amaigrissement progressif. Poids 45 kilogrammes. Par la palpation on trouvait à droite une tumeur de la grosseur du poing. Estomac très dilaté. Malgré une très bonne nourriture les forces diminuaient de plus en plus et en raison de ce mauvais état le malade est opéré le 7 août 1885. *Pas de chloroforme* vu la faiblesse du pouls. Incision de 6 centimètres à la face antérieure de l'estomac. Sutures musculaires et sutures de Lembert. *Durée une heure et demie.*

Quatorze heures après l'opération, des vomissements, symptômes de péritonite par perforation, se montrent. *Mort trente-huit heures après l'opération.*

2° A. K..., quarante-six ans, très amaigri, qui souffre depuis huit ans, poids 51 kil. 500. On diagnostique une dilatation de l'estomac par la palpation et la percussion ; la palpation pratiquée sans chloroforme, ne montre pas de tumeur. Amaigrissement rapide, du 28 juillet 1885 au 19 août il perd dix-huit livres.

23 août, *laparotomie exploratrice* pour faire soit la résection du pylore, soit la gastro-entérostomie. On trouve une tumeur qui malgré son volume, mais en raison de sa situation en arrière n'avait pu être reconnue sous le chloroforme. Ouverture sur la face antérieure de l'estomac.

Deux jours après l'opération, l'état est bon ; pas de vomissements ; pouls normal. Nourriture liquide.

Quinze jours après le poids du corps a augmenté de dix livres. Au commencement de novembre, l'état général est très bon : digestion et défécation normales.

Le poids du corps depuis l'opération a augmenté de vingt-deux livres.

Hadra, dans le *Berlin. Klin. Wochen.* 25 janvier 1892, rapporte que ce malade n'est *mort que cinq ans après l'opération.*

Observation XIX

Un cas de gastro-entérostomie pour obstruction cancéreuse du pylore. — Mort.

(Thomas Morse. — *Brit. Med. Jornal,* mars 1886).

Femme de soixante-cinq ans, vigoureuse, prise de vomissements depuis quelques semaines et présentant dans la région pylorique une tumeur mobile, indolente. L'estomac était manifestement dilaté.

Incision oblique de haut en bas et de gauche à droite à un pouce au-dessus de l'ombilic. La tumeur correspond nettement au pylore et se termine à l'origine du duodénum. Pas d'infiltration, ni d'adhérences péritonéales, mais petits nodules cancéreux sur l'estomac. Morse se borne à faire communiquer l'estomac avec le jéjumum. Il place sept sutures sur l'estomac, puis fait une incision par laquelle il vide le contenu et lave les parois du ventricule. Une semblable incision est faite au jéjunum et les deux plaies juxtaposées sont mises en contact d'après la méthode de Czerny. *L'opération dure une heure trente-cinq.* Mort, sans péritonite, dans le collapsus, trente heures après.

Observation XX

Gastro-entérostomie pour cancer de l'estomac.

(Pozzi. — Société de Chirurgie. Juillet 1889. Résumée).

M. D... Mère morte d'un cancer utérin. Cousin atteint d'un cancer du pylore.

Débuts remontent à un an. Phénomènes gastriques, pesanteur, flatulence, renvois, amaigrissement. Appétit conservé mais capricieux, selles régulières. Les troubles s'accentuent à partir de janvier 1887. Digestion pénible.

En août, la dénutrition prend des proportions énormes. Pas de diminution dans le taux de l'urée. Le poids qui en 1886 était de 89 kilog. tombe en août 1887, à 70. Pendant ce mois, le malade perd 1 à 2 kilog. par semaine. Fin août, le poids est de 62 kilog.

L'alimentation devient de plus en plus difficile, et au commencement d'octobre se montrent les premiers vomissements (humeurs et bile).

Il ne mange presque plus et s'émeut beaucoup. Pendant les dix jours qui précèdent l'opération, les vomissements sont fréquents.

Régime : lait, bicarbonate de soude 3 grammes, lavements de lait et de peptones, inhalations d'oxygène.

Opération le 30 octobre 1887. L'estomac est lavé avec soin le matin jusqu'à ce que l'eau ressorte pure. Le malade est facilement endormi : il est d'une extrême faiblesse ; incision de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. La main étant introduite, on arrive sur l'estomac très rétracté vers la colonne vertébrale et dont toute la région pylorique et la petite courbure sont occupées par une tumeur du volume d'une orange, pirifome, à petite extrémité dirigée vers le duodénum.

La capacité de l'estomac est considérablement réduite. Un aide soulève la partie saine de l'estomac d'une main et de l'autre attire le côlon transverse pour tendre le méso-côlon. Il abaisse l'estomac sur ce pli de manière

que la face postérieure de la grande courbure vienne s'appliquer contre la face postérieure du méso-côlon. L'autre, immédiatement libre au-delà de la portion fixe du duodénum, est attirée sur une compresse éponge, liée avec une lanière de gaze iodoformée.

L'anse est incisée à peu près suivant son axe longitudinal, quoique un peu obliquement d'avant en arrière dans une étendue de 6 centimètres environ. Auparavant, avec une pince à disséquer à mors pointus, on a déchiré le méso-côlon transverse au niveau du point où l'aide le maintient tangentiellement à la face supérieure de l'estomac. Cette dilacération du méso-côlon s'opère très facilement et met à découvert une grande partie de la courbure stomacale à travers une fenêtre ouverte ainsi dans l'arrière cavité des épiploons. Une incision semblable à celle de l'intestin est faite sur l'estomac.

Un fil de soie est passé dans les extrémités voisines de ces deux boutonnières et les réunit. Il est confié à un aide et servira d'agent de fixation pendant le reste de la suture. Celle-ci est faite progressivement, à points séparés, avec de la soie très fine et des aiguilles de couturière.

On affronte minutieusement les bords de la plaie intestinale à ceux de la plaie stomacale, en ayant soin de ne comprendre dans les anses de fil que la séreuse et la musculeuse et rejetant la muqueuse vers l'intérieur.

Dans la première partie de la suture, les nœuds sont noués du côté de la cavité, dans la dernière partie, vers l'extérieur. Une soixantaine de points sont ainsi appliqués ; les chefs de file sont conservés dans toute leur longueur et servent de moyen de traction et de tension.

Quand cette première série est terminée, on applique une seconde série de points de suture de Lembert, à un demi centimètre en dehors de la première rangée. Ceux ci sont passés obliquement, de manière à ne comprendre que la séreuse et une petite épaisseur de la musculeuse. Ils servent de soutiens à la première série, qui ne doit ainsi supporter aucun effort de traction et dont la seule mission est l'affrontement parfait ; une révision soigneuse a éte faite pour cela avant de couper ras les chefs des fils de la première série.

Avant de terminer, on place trois poins de suture, transversalement de gauche à droite, réunissant à la grande courbure de l'estomac, la partie de l'anse suturée, qui est immédiatement à gauche de la bouche gastro-intestinale. Ces points ont pour objet de s'opposer à une brusque plicature de l'intestin à ce niveau et aussi de donner une direction déclive à la voie nouvelle ouverte aux aliments. Enfin, on enlève la bande de gaze qui liait l'intestin.

Suture abdominale à trois étages. *Durée une heure et demie.*

Le malade est très affaibli. Il reprend bien connaissance, parle, avale et tolère un peu de liquide le soir ; mais, dans la nuit, l'affaiblissement fait de grands progrès et *il meurt le lendemain.*

Observation XXI

Gastro-Enterostomie pour Cancer de l'estomac

(Willy-Meyer. — New-York Surgical Society, 27 mars 1889. — *New-York-Med. Jornal*, 22 juin 1889)

Homme de 52 ans, chez qui la Gastro-Entérostomie est pratiquée avec des plaques de Senn, à défaut d'anneaux d'Abbe.

Le sujet alla bien les quatre premiers jours ; lavements nutritifs et opium ; dans la sixième nuit, délire ; le patient défait son pansement et sépare les lèvres de la plaie abdominale. Il mourut le lendemain ; Meyer croit que le délire est due à la resorption de l'iodoforme, qui avait été placé sur les sutures intestinales. L'autopsie montra une adhérence solide entre l'estomac et l'intestin.

Observation XXII

Gastro-Entérostomie par Roux, de Lausanne.

(Monod. — Soc. de Chirurg. 1889.)

Femme de cinquante-huit ans. Troubles dyspeptiques remontant à six mois ; présente tous les signes d'une sténose pylorique extrême. Vomissements, teinte cachectique, tumeur peu mobile. Etat lamentable.

Opération le 21 juin 1888, rapidement faite, shock considérable, pouls faible, lavements nutritifs, champagne.

Mort trente heures après l'opération. — Pour Roux la malade a été opérée trop tard : la mort est surtout dûe à l'état d'inanition où elle était était parvenue.

OBSERVATIONS XXIII et XXIV

De la Gastro-Entérostomie

(F. FRITZSCHE — *Correspond. Blatt. Schweizer Aerzte.* 1er août 1888.)

L'auteur y rapporte deux observations de Gastro-Entérostomie :

Premier cas. — Homme de cinquante-sept ans, sans hérédité cancéreuse, sujet à depuis longtemps à des maux d'estomac passagers ; jamais d'hématémèse : estomac très dilaté. Induration bosselée, grosse comme une noix, au niveau du bord externe du muscle droit du côté droit de l'épigastre. Le suc gastrique contient de l'Hcl. Violentes gastralgies qui s'affaissent quand le malade a rejeté ses aliments ou qu'on lui a fait un lavage stomacal.

Opération le 3 novembre 1887. — Le pylore induré et hypertrophié, surtout en arrière forme une tumeur grosse comme un œuf de poule, intimement adhérente au pancréas. Quelques ganglions volumineux dans le grand épiploon. Fritzsche renonçant à la pylorectomie pratique la gastro-entérostomie. Rapidement il trouve l'anse supérieure du jéjunum et choisit pour établir la fistule une portion d'intestin située à 50 cent. au dessous du duodénum. Les parois gastrique et intestinale sont incisées, sur une longueur de 5 centimètres. Toutes les sutures sont faites au catgut.

Guérison complétement apyrétique, malgré un léger ictère et la rupture partielle des sutures pariétales survenue au dixième jour, à la suite de vomissements. Alimentation solide dès le cinquième jour. A son départ l'opéré peut manger ce qu'il veut sans souffrir et se plaint seulement d'avoir sans cesse faim. Comme la parfaite santé persiste huit mois après l'opération, Fritzsche est disposé à changer son diagnostic de cancer en celui d'ulcère de l'estomac.

Deuxième cas. — Femme de trente-sept ans ayant eu des hématémèses et du mælena. Contenu stomacal renfermant, outre de l'Hcl, de l'acide butyrique. Douleurs de l'estomac après le moindre repas, même liquide. Les lavages stomacaux soulagent la malade mais doivent être interrompus à cause de

nouveaux vomissements de sang. Malgré l'absence de tumeur appréciable, Fritzsche diagnostiqua un retrécissement du pylore.

Opération le 24 février 1888. — Le pylore forme une masse dure de 3 à 4 cent. de longueur et de 3 cent. d'épaisseur, mobile de toutes parts. L'anse grêle, rapidement choisie à la façon de Wolfler est suturée à la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore, mais en sens inverse du cas précédent, c'est-à-dire, le bout afférent à gauche et le bout efférent à droite dans le sens des mouvements péristaltiques normaux. Une partie des sutures est faite à la soie et, de même que dans le cas ci-dessus, la réunion des parois abdominales est difficile à cause de la tension des grands droits.

Guérison sans incidents ni fièvre et réunion parfaite par première intention. Dès le jour de l'opération les fonctions digestives sont redevenues parfaitement normales. Cette femme n'a même pas la sensation incessante de faim du premier opéré, où, dans l'hypothèse d'une affection cancéreuse l'abouchement de l'intestin avait été placé près du pylore.

Malgré la *durée* de ces deux gastro-entérostomies, *trois heures* pour la première, *trois heures et demie* pour la seconde, ni l'un ni l'autre des opérés n'ont eu de collapsus.

Observation XXV

Gastro-Entérostomie. — Guérison par Roux

(Monod. — Soc. Chirurg. juillet 1889.)

Femme de cinquante-trois ans, troubles digestifs depuis plusieurs années ; mais surtout depuis le printemps de 1887. Elle présente à son entrée tous les signes d'un cancer du pylore avec sténose. Amaigrissement. Pas de cachexie.

Opération le 1er septembre 1888. — Choc opératoire peu considérable. Une cuillerée à café de champagne toutes les deux heures. Dans l'après midi, deux selles liquides : deux lavements nutritifs additionnés de 25 gouttes de laudanum. Pouls 80. La malade ne se plaint que d'une légère douleur à l'ombilic quand elle a avalé.

Le troisième jour un peu de bouillon et du lait. Le sixième jour premier pansement. Réunion par première intention. Un demi verre de bouillon et de lait toutes les deux heures.

Au huitième jour, Vin de Bordeaux, un peu de cervelle.

Le neuvième jour, la malade s'assied sur son lit.

Le onzième jour, elle se lève et mange du bifteack. Depuis lors l'état général de la malade s'est amélioré de jour en jour. Les forces reviennent peu à peu. L'estomac supporte tout ce qu'on lui donne.

Pendant quelques semaines le mieux se continue. La malade augmente de poids.

Mort trois mois après l'opération..

Observation XXVI

Gastro-Entérostomie par Kocher

(Monod. — Soc. de Chirurgie 1889.)

Opération le 25 octobre 1888. — Le 6 novembre le malade quitte l'hôpital et *meurt subitement.* Autopsie : l'anastomose est solide. L'estomac s'est rompu au niveau du pylore cancéreux.

Observation XXVII

Cancer du pylore. Gastro-duodénostomie. Guérison opératoire.

(M. Pèan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.)

Femme de cinquante ans. Mère morte d'un cancer de l'utérus. Débuts en novembre 1889. Douleurs intercostales du côté gauche. En avril 1890, elle est brusquement prise de douleurs violentes dans le flanc gauche, diarrhée abondante, pus fétide mêlé aux selles.

Les douleurs devinrent très violentes. On pense tout d'abord à un abcès du foie : mouvement fébrile, rapidité de la marche, brusquerie du début.

Incision exploratrice oblique en bas et à gauche, partant du milieu de la huitième côte droite.

La râte, la grande courbure de l'estomac, le côlon transverse, le petit lobe du foie sont intacts.

Le pylore, la première portion du duodénum et son épiploon sont cancéreux. La deuxième portion du duodénum est saine. Un lien élastique est appliqué sur la troisième portion du duodénum ; un autre sur l'estomac à 6 centimètres du pylore. Pinces à demeure sur l'épiploon gastro-hépatique.

Trois rangées de points de suture : quatre points supérieurs et antérieurs sont noués. La petite tubérosité est alors incisée au-dessus du pylore. Lavage au sublimé de l'estomac. Les lèvres de l'incision stomacale sont attirées en bas, en faisant basculer la petite courbure au-devant de la tumeur du pylore. On suture verticalement la lèvre antérieure de l'incision sur la face antérieure du duodénum. On suture ensuite à 3 centimètres en avant et à droite l'autre lèvre de l'incision en ayant soin de ne serrer que les points les plus élevés de la suture. On laisse quatre fils de soie libres à la partie inférieure de cette suture. Il est alors facile, en soulevant la partie moyenne de ces quatre anses de fil d'introduire un bistouri dans le cul-de-sac ainsi formé et de sectionner la face antérieure du duodénum entre les sutures. On introduit par cet orifice *un tube d'os décalcifié* qui fait communiquer la cavité de l'estomac avec l'ouverture duodénale.

L'opération se termine rapidement, car il n'y a plus qu'à serrer les quatre anses de fils laissées libres.

Le soir, la faiblesse est extrême Les lavements nutritifs ne sont pas tolérés.

Le lendemain la malade garde les lavements nutritifs.

Le troisième jour, on commence à lui faire prendre du lait et du bouillon par la bouche.

Le huitième jour, elle se lève. Elle rentre chez elle le quinzième jour. *Cinq mois après, l'affaiblissement recommence ;* la nutrition, de nouveau, se fait mal.

Observation XXVIII

Un cas de gastro-entérostomie au moyen de plaques d'os décalcifié.

(Will Clarke. — *Bret med. Jour.*, novemb. 1889).

Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans, atteint d'une tumeur mobile cancéreuse du pylore. Incision sur la ligne médiane, issue de la région pylorique et du jégunum (le seul temps difficile de l'opération) ; puis isolement de la tumeur au moyen de deux ligatures temporaires en caoutchouc. Cela fait, incision du jéjunum et de la grande courbure de l'estomac, introduction de deux plaques d'os décalcifié et opposition des deux plaques au moyen de deux sutures au fil de soie. La suture est complétée par celle de l'épiploon.

Guérison rapide en un mois.

Observation XXIX

Un cas de gastro-entérostomie.

(Herbert W. Page. — *Medico-chirurg. Transactions* LXX VII 1889).

Homme de quarante-huit ans, atteint de cancer du pylore très limité et très mobile, mais ayant déterminé une dilatation gastrique considérable et des vomissements ; on décide l'opération et on soumet le malade à des lavages gastriques antiseptiques préalables. Incision médiane sus-ombilicale. On tombe sur une tumeur impliquant tout le pylore et un pouce de la grande courbure. Les ganglions rétrogastriques sont envahis, on ne peut songer à la résection du pylore ; la gastro-entérostomie est décidée. Il y a eu de gran-

des difficultés pour attirer l'estomac au dehors de la plaie et pour choisir l'anse intestinale destinée à être mise en contact avec l'estomac. Une incision d'un pouce et quart de longueur fut faite sur l'estomac et sur l'anse intestinale à travers la tunique séreuse et musculeuse exclusivement. L'estomac ne donna point de sang, mais l'intestin saigna énormément ce qui nécessita des ligatures et allongea beaucoup l'opération. Après avoir suturé les bords postérieurs des tuniques gastro-intestinales sectionnées, l'estomac fut ouvert d'un coup de ciseaux ce qui donna lieu à une nouvelle hémorrhagie profuse et nécessita des ligatures. Les lèvres antérieures des plaies furent alors suturées et le tout consolidé avec une série de points de Lembert.

Durée, trois heures quarante minutes. Survie, dix semaines. *Mort survint brusquement par syncope.*

Observations XXX à XXXII

Ces trois observations sont dues à **E.-S. Permann**, de Stockolm.

1° En 1889, il pratique une gastro-entérostomie chez une femme de cinquante-trois ans, atteinte de cancer du pylore.

Mort dix-sept heures après l'opération.

2° Homme de quarante-deux ans. — Cancer de l'estomac; opération de Wolfler.

Guérison avec disparition des douleurs.

3° Des adhérences considérables rendaient la résection du pylore impossible. Gastro-entérostomie.

Mort 4 jours après de pneumonie.

Observation XXXIII à XXXVIII

Novaro, au Congrès de Berlin de 1890, a rapporté *six cas de gastro-entérostomie* pour cancer de l'estomac. Il ne donne pas de détails opératoires et se borne à dire qu'il a eu *six succès*. La durée de la *survie a été de trois à dix-neuf mois.*

Observation XXXIX à XLIV

Bernays, de Saint-Louis (Missouri) a mentionné au Congrès de Berlin de 1890 *six gastro-entérostomies.* Les mauvais résultats obtenus lui ont fait abandonner cette opération. Il lui préfère le curettage du pylore cancéreux.

Observation XLV

Gastro-entérostomie pour rétrécissement cancéreux du pylore. — Mort.

(Lange. — *New-York Surgical Society.* 23 mai 1888. — Résumée dans le *The New-York Méd. Journal* 1885 par mon ami Cabannes, interne des hôpitaux).

E. F..., âgé de cinquante deux ans, était admise au German Hôspital le 21 janvier 1888.

Depuis deux mois elle se plaignait d'indigestion, de vomissements, de douleurs d'estomac Dix jours avant son admission, la douleur ne présentait rien d'exagéré. Elle avait un aspect nettement cachectique, était très anémiée avait maigri. Son estomac dilaté était tellement abaissé, que sa grande courbure était placée bien au-dessous de l'ombilic. En l'examinant, on trouvait une large tumeur dans la région du pylore, d'une nature cancéreuse. La gastro-entérostomie fut faite le 14 février; une ouverturefut établie entre l'intestin et l'estomac et les orifices maintenus adjacents par des sutures unissant d'une part les membranes muqueuses, de l'autre les séreuses. La malade après avoir eu un léger soulagement, *mourut le trente et unième jour*, d'une perforation de la paroi postérieure de l'estomac au niveau d'une ulcération cancéreuse, mais l'autopsie permit de constater que l'ouverture faite entre l'estomac et l'intestin était assez grande pour admettre le pouce et que l'union était parfaite entre les organes.

Observations XLVI et XLVII

Deux cas de gastro-entérostomie.

(George Beatson, *The Lancet,* 11 octocre 1890. — Résumées par mon ami E. Aunis, interne des hôpitaux).

1.— Mineur de quarante-cinq ans, souffrait depuis un an ; n'avait pas eu de vomissements, amaigrissement extrême ; en mars 1890, apparition à l'hypochondre droit d'une tumeur irrégulière, ovale, du volume d'un œuf de dinde, mobile. Dilatation de l'estomac. Se refuse à ce moment là à une opération.

Tumeur, douleur, amaigrissement ayant fait des progrès, ce malade revient le 26 mai pour se faire opérer.

L'opération fut pratiquée le 31 mai 1890, un samedi. Lavages de l'estomac la veille et le matin de l'opération.

Incisions allant de l'appendice xyphoïde au dessous de l'ombilic. Estomac très dilaté. Beatson ne voulut faire aucune longue recherche pour atteindre une portion d'intestin rapprochée du duodénum. Il choisit celle qui parut pouvoir s'appliquer à l'estomac. Réunion avec des *plaques de Senn* et du catgut chromatisé. Ce temps de l'opération ne présente aucune difficulté.

Deux sutures de Lembert furent placées à chaque extrémité des plaques pour prévenir leur déplacement.

La nutrition fut assurée par des suppositoires peptonisés ; petits fragments de glace par la bouche seulement ; le malade accuse un soulagement notable, il ne souffre plus.

Le mardi matin l'état s'aggrava brusquement et il mourait à deux heures après-midi.

L'autopsie fut incomplète, mais montra tout autour de l'orifice une couche épaisse de matière fibrineuse ; les surfaces séreuses étaient assez solidement collées ensemble, les plaques d'os étaient réduites à l'épaisseur de l'ongle et brisées l'une et l'autre en morceaux dans l'estomac et l'intestin. L'orifice artificiel admettait l'index facilement. Vu la solidité de l'union gastro-intestinale, Beatson croit qu'on aurait pu, de très bonne heure, donner la nourriture par la bouche.

II. — Le second cas est le suivant :

Mme S..., âgée de 58 ans, souffre depuis le mois de novembre de l'année dernière dans la région épigastrique. Au mois de mars, se montrent des vomissements, d'abord tous les deux ou trois jours, puis tous les jours, et bientôt quelquefois deux fois par jour; les vomissements survenaient sans efforts, sans fatigue pour la malade. Au mois d'avril, elle consulte un médecin qui lui dit qu'elle a une tumeur abdominale. Je la vis pour la première fois, vers la fin de mai. Elle était très amaigrie, très faible, ne prenait que très peu de nourriture, vomissait très fréquemment. Je constatai l'existence d'une tumeur, en forme de boudin, verticale, longue d'environ trois pouces et demi, dont le milieu était au niveau de l'ombilic, mais à droite de lui, dure, séparée du foie par une zone de sonorité.

Le diagnostic posé est : Tumeurs du pylore. — Gastro-entérostomie.

Opération le 4 juin. — Anesthésie par l'éther, la gastro-entérostomie est faite au moyen *des plaques d'os décalcifié*, reliées par une soie fine. *L'opération dure trois-quarts d'heure.*

La malade vomit une seule fois le soir de l'opération, et ne vomit plus depuis.

Dès qu'elle ne fut plus sous l'influence de l'anesthésique, trois gouttes d'eau-de-vie lui sont données, par la bouche, toutes les heures. Suppositoires nutritifs.

Le lendemain, on commence à lui donner du lait, des peptones.

Chaque jour, on augmenta les doses d'aliments; *à la fin de la première semaine, toutes les craintes avaient disparu. La malade était tout à fait rétablie* lorsqu'elle contracta au bout de quatre semaines, *une congestion pulmonaire droite* qui l'emporta au bout de trois jours.

L'autopsie montra que l'intestin était intimement réuni à l'estomac par des adhérences très solides. — Le pylore était complétement obstrué par le néoplasme, qui à l'examen miscrocopique, montra des cellules épithéliales en état de dégénérescence colloïde. L'orifice entre l'estomac et l'intestin était ovale, à bords réguliers, et admettait tout juste l'extrémité de l'index. — Les plaques d'os avaient tout à fait disparu, mais les sutures à la soie semblaient intactes.

M. George Beatson fait suivre ces deux observations des réflexions dont nous remarquons les suivantes :

1° La pratique habituelle du lavage préalable de l'estomac peut n'être pas suivie, dans les cas de grande faiblesse ou de névrosité extrême. On peut se

contenter alors de laver l'estomac avec un siphon, quand l'incision de sa paroi a été faite ;

2° *L'incision de la paroi abdominale doit être faite sur la ligne blanche, et plus bas qu'elle ne se fait généralement.* On rencontre fréquemment des dilatations de l'estomac considérables; une incision basse permet mieux de faire le nécessaire :

3° Il ne faut pas s'évertuer à chercher une portion d'intestin très rapprochée du duodénum. — Physiologiquement, on aurait raison ; mais il est préférable de choisir une portion d'intestin s'appliquant très bien sur l'estomac.

4° *On ne doit pas accorder grande confiance à l'alimentation par la voie rectale.* — On peut donner très vite des aliments par la bouche ; c'est de cette seule façon que l'on peut empêcher la mort de survenir par épuisement ;

5° Enfin, ces cas de néoplasme du pylore montrent *la nécessité d'une exploration précoce de l'abdomen.* C'est une règle dont les médecins ne devraient passe départir dans toutes les affections de l'estomac qui ne cèdent pas à un traitement raisonable et suffisamment prolongé.

Observation XLVIII

Gastro-entérostomie pour Cancer de l'estomac. — Guérison

(F.-B. Jesset. — *The Lancet*, 12 juillet 1890. — Résumée par mon ami le Docteur W. Gautier, de Montréal (Canada)

V.-V..., entré à l'hôpital le 12 février 1890 ; soixante et un ans, souffre d'un cancer de l'estomac. Le frère est mort de la même affection. A toujours eu une bonne santé. A porté pendant longtemps de lourds fardeaux qu'i appuyait sur l'abdomen.

En octobre 1889, une tumeur siégeant dans le côté gauche, empiétant un peu sur l'hypochondre droit, attire son attention. En même temps se montrent des vomissements quotidiens : souvent même, deux fois par jour. Dilatation de l'estomac.

Le malade souffrant beaucoup, les vomissements étant opiniâtres, Jesset pratiqua pour le soulager une gastro-entréostomie.

Le malade reçut, dans les jours qui précédèrent l'opération, des lavements nutritifs. Lavages de l'estomac.

Incision oblique de la paroi abdominale. *Emploi des plaques d'os décalcifié de Senn.* A cause de la fixité de l'estomac, on eût de la peine à bien affronter les plaques d'os. Cinq points de suture de Lembert furent mises comme appui.

Le malade *meurt de faiblesse cinq jours après.*

A l'autopsie : résorption de plaques et adhérences parfaites.

Observation XLIX

Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie. — Mort

(J.-B. Jesset. — *The Lancet*, 12 juillet 1890. — Résumée par le Docteur W. Gautier, de Montréal

A. C..., femme de cinquante-cinq ans, entrée à l'hôpital le 14 février 1890. A toujours eu des troubles dyspeptiques. Flatulence. Dilatation de l'estomac. Clapotage très net.

Emploi de *plaques d'os de Sen* ; mais le catgut remplace les fils de soie.

Le malade mange neuf jours après l'opération. *Sort de l'hôpital un mois après.*

Observations L a LXXVII

Billroth, au Congrès de Berlin de 1890, a réuni les gastro-entérostomies pour cancer de l'estomac, faites dans son service, par Wolfler, Von Hacker, Salzer et Eiselsberg, soit *27 opérations*, qui ont donné *14 morts* et *13 guérisons opératoires.*

Chez les 13 survivants, la *mort est survenue dans une période variant entre un et quatorze mois.*

Observations LXXVII a LXXXVIII

Lauenstein, de Hambourg, a rapporté au Congrès de Berlin de 1890, onze gastro-enterostomies. *Deux décès seulement.* Une de ces opérations *a été pratiquée* en 1881 (suivie de mort deux heures après).

Observation LXXXIX

Gastro-entérostomie pour cancer du pylore. — Guérison.

(R. F. Weir. — *New-York méd. Jornal*, 10 janvier 1891.)

Un homme de quarante-deux ans, opéré par lui il y a un an pour un rétrécissement supposé fibreux du pylore, et ayant subi une gastro-entérostomie sans pylorectomie, a guéri rapidement et n'a cessé dès lors de jouir d'une parfaite santé. Depuis deux mois cependant, il vomit. On peut attribuer ce fait à l'engorgement des organes à travers la paroi abdominale affaiblie (bien que l'auteur ait pris toutes les précautions pour éviter une hernie) ou bien à la traction qu'exerce l'intestin, ou peut-être au rétrécissement du nouvel orifice gastro-intestinal.

Observation XC

Gastro-entérostomie. — Mort

(Weir. - *New-York chirurg. Society*. Résumée dans le *New-York méd. Jornal* par mon ami Cabannes, interne des hôpitaux.)

Le docteur Weir présente le cas d'un malade qu'il opéra pour une tumeur maligne de l'estomac. Après avoir fait une ouverture d'environ deux pouces et demi, il se servit *des anneaux de catgut*, en outre desquels il appliqua des sutures de Lembert. Quelques heures après l'opération, le malade fut pris de vomissements sanguins assez abondants, qui malgré des lavages de l'estomac ne cessèrent pas et entraînèrent *la mort le troisième jour*. Les disques de catgut avaient parfaitement maintenu en place les surfaces opposées; cela fut constaté à l'autopsie du malade.

Observation XCI

Gastro-entérostomie. — Guérison.

Larkin. — Stanley Hospital, Liverpool (Résumée dans *The Lancet*, 1891, par mon ami Cabannes, interne des hôpitaux)

J. G..., quarante-sept ans, ménagère, entre au « Stanley Hospital » le 2 mars 1891, pour vomissements après les repas. Ces vomissements s'étaient montrés en juillet 1890, avaient été sanguins dans certains cas. En novembre 1890, des douleurs se montrèrent en même temps qu'une tumeur un peu au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur était dure, couverte de nodosités, douloureuse à la pression, mobile de droite à gauche. Comme son état s'aggravait et que les vomissements continuaient, il fut décidé qu'on tenterait la gastro-entérostomie. Le 22 mai, la malade est endormie, une incision est faite sur la ligne blanche au niveau de l'estomac, on arrive sur une tumeur dure et élastique occupant presque tout l'estomac sauf l'extrémité cardiaque ; le péritoine commençait à présenter des nodosités cancéreuses; on trouvait des ganglions sur la petite courbure de l'estomac et au niveau du hile du foie. La gastro-entérostomie fut pratiquée entre le jéjunum et l'estomac, et dans l'ouverture on plaça des *plaques d'os décalcifié* d'après la méthode de Senn. On appliqua aussi quelques sutures de Lembert, puis après avoir lavé le péritoine, on referma la plaie cutanée qui se réunit par première intention. La malade se releva de son opération rapidement et allait fort bien le 17 juin, c'est-à-dire vingt-sept jours après l'opération.

Observation XCII

Gastro-entérostomie pour cancer du pylore, opérée par Studsgaard, de Copenhague

L'observation est rapportée par Bondesen, de Copenhague, dans le *Centralblatt. f. Chirurg.* du 4 juillet 1891 : Femme de trente-sept ans, souffre depuis un an : douleurs et vomissements répétés. Affaiblissement considérable. Tumeur pylorique très adhérente. Incision du ligament gastro-colique

pour le passage d'une anse intestinale distante de 20 centimètres du duodénum. Anastomose avec la grande courbure de l'estomac.

Durée une heure et demie.

Mort, sept heures après dans le collapsus.

Observation IXCIII

Gastro-entérostomie antérieure pour cancer de l'estomac.

(Studsgaard. — *Centralb. f. Chirurg.*, juillet 1891)

Femme de trente-quatre ans, malade depuis un an et demi, très amaigrie. Une anse du jéjunum, assez éloignée du duodénum pour pouvoir être amenée sans tiraillements par dessus le grand épiploon et le côlon transverse, fut soudée à la paroi antérieure de l'estomac au niveau de la grande courbure, à 4 ou 5 centimètres de distance de la tumeur pylorique.

Durée de l'opération : deux heures. Les douleurs diminuent après l'opération. La malade supporte une alimentation ordinaire. Elle n'a jamais eu de vomissements. Elle est *encore en vie six mois après l'opération.*

Observations XCIV et XCV

Rydygier, cité par Monod, dans son rapport à la Société de Chirurgie (séance du 12 juillet 1889), a fait trois gastro-entérostomies suivies de *succès opératoires*. Une est déjà relatée plus haut.

Observations XCVI et CVII

Gastro-entérostomies combinées à la pylorectomie (opération de Billroth)

1° *Billroth* communique une observation au XIXe Congrès de chirurgie allemande, de 1885. Il pratiqua d'abord l'opération de Wolfler. Resèque le pylore. Invagine séparément le duodénum et l'estomac, et suture chacun d'eux avec des points de Lembert.

2° *Eiselberg* en cite, en 1888, un autre cas également dû à Billroth.

3° *Tuholske*, de Saint-Louis, l'a également pratiquée (*Med. News*, 10 mai 1890) chez un syphilitique. *Mort de shock trente-six heures après.*

4° W.-*T.-Bull.* Nouvelle observation (*British Med. Jornal,* du 10 mai 1892) Succès : mais sa tumeur n'était pas un cancer.

En Angleterre, *Jesset, Lowson, Greig Smith* ont également fait cette opération. La mort est survenue en moyenne trente heures après, par shock.

Rawdon l'a pratiquée une fois avec succès.

Doyen l'a également pratiquée une fois. Mort au bout de dix jours.

Observations CVII à CXIII

(J.-B. Jesset. — *Med. and Surg. Society* juin 1892)

A la suite d'une discussion sur la pylorectomie et la jéjunostomie soulevée par Mayo Robson, le 14 juin 1892, à la Société de Médecine et Chirurgie, Jesset dit qu'il a fait *neuf gastro-entérostomies.* Deux sont déjà rapportées ici (observations XXXVIII et XXXIX). Il a *obtenu cinq succès*.

Deux malades sont morts au bout de six mois.

Un troisième est opéré depuis neuf mois ; un autre depuis quinze. Chez le cinquième, la guérison se maintient depuis deux ans.

Observation CXIV

Cancer du pylore — Gastro-entérostomie, par Purcell — Guérison.

(Résumée dans *The Lancet* par le Dr W. Gautier, de Montréal)

Femme de quarante-quatre ans, entre à l'hôpital le 3 mars 1892. Douleurs épigastriques et dans l'hypochondre droit. Vomissements alimentaires deux heures après le repas. Pas d'hématémèses. Bruit de galop au premier temps. Tumeur irrégulière, mobile à la région pylorique ; amaigrissement.

Lavages de l'estomac. Lavements nutritifs matin et soir ; bouillons nutritifs par la bouche, durant les neuf jours qui précèdent l'opération.

Vu la faiblesse du sujet, pas de lavage de l'estomac la veille de l'opération; qui est pratiquée le 19 mars.

Incision de l'ombilic à l'appendice xyphoïde. Le pylore, la petite courbure, le duodénum sont envahis ; ce dernier est fixé par le néoplasme à la colonne vertébrale.

L'invasion était trop considérable pour permettre la résection du pylore. On fait la jéjunostomie. Le jéjunum est attiré au dehors ainsi que la face antérieure de l'estomac. *L'anastomose est établie au moyen des plaques d'os décalcifié.* Le péritoine est suturé par le procédé d'Halstead, de Baltimore.

Le malade souffre un peu pendant la nuit. Injection de morphine. Toutes les demi-heures une cuillerée à café d'eau tiède contenant du brandy.

Au bout de huit jours la malade prend du mouton, des œufs.

Le neuvième jour, elle se lève et mange comme les autres malades.

Elle quitte l'hôpital vingt-huit jours après l'opération ; son état est bon *elle a même engraissé.*

Observations CXV à CXXII

Angerer, de Munich, a communiqué au XVIII[e] Congrès de chirurgien allemande, de 1889, *six observations de gastro-entérostomie.*

Un seul de ces malades est vivant après dix-huit mois.

Observation CXXIII

Gastro-Entérostomie postérieure. — Guérison opératoire.

Par Kilner Clarke (*Brit. Med. Jornal.* 11 avril 1892).

Femme de trente-six ans, atteinte de vomissements incoercibles et d'hématémèses, portant une tumeur pylorique manifeste et mobile.

Opération le 13 mai 1890. Incision médiane jusqu'à l'ombilic de façon à mettre en évidence la grande courbure de l'estomac et l'épiploon. La tumeur pylorique fut trouvée adhérente à tous les viscères circonvoisins, ce qui rendait la pylorectomie impossible. L'auteur pratiqua la gastro-entérostomie Après avoir isolé une anse du jejunum cachée derrière l'épiploon, il incise la paroi intestinale et la paroi antérieure de l'estomac et passe dans cette incision une *plaque d'os décalcifié;* la seconde plaque parallèle est introduite dans le jéjunum. Mais il est impossible de juxtaposer les deux plaques en raison des adhérences pyloriques et de la contraction de l'estomac. Il est nécessaire de suturer la plaie gastrique et d'en faire une autre à la paroi postérieure de l'estomac. Cette fois l'affrontement se fait aisément.

Etat satisfaisant pendant trois semaines. Puis, brusquement, la fistule gastro-intestinale parut se fermer et des vomissements incoercibles survinrent, jusqu'à la mort de la malade.

L'auteur croit que ses incisions n'avaient pas été assez larges et qu'il aurait fallu préalablement sectionner la muqueuse et la séreuse au niveau des bords libres. Malheureusement il n'y a pas eu d'autopsie.

Observation CXXIV

Gastro-Jejunostomie

W. H. Brown. (*Brit. Med. Jor.* 2 mai 1891).

Femme de cinquante-six ans, atteinte de dyspepsie douloureuse et de vomissements incoercibles. On sent une tuméfaction en boudin à droite de l'ombilic.

Laparotomie sur la ligne médiane. On arrive sur la tumeur qui envahit le pylore et la première partie du duodénum. Une anse du jéjunum est saisie et ouverte. Puis une seconde ouverture est faite sur la paroi antérieure de l'estomac et les *plaques de Senn* sont introduites.

Suites de l'opération régulières : les douleurs disparaissent et l'alimentation se fait normalement.

Le malade vivait sans infirmités quatre mois après.

Observation CXXV

Cancer du duodénum. — Gastro-entérostomie.

Stansfield. — (*Brit. med. Jornal.*, 6 février 1890).

Homme de cinquante-trois ans. Douleurs après les repas. Pas de vomissements. Amaigrissement, cachexie cancéreuse avancée. La laparotomie montra une tumeur dure, globuleuse, intéressant seulement le duodénum. Gastro-jéjunostomie. *Durée une demi-heure. Plaques de Senn. Shock* assez marqué. Injection d'éther.

Le quatrième jour le malade s'alimente par la bouche. Le pansement est défait dix jours plus tard ; réunion par première intention.

Se lève le vingt-quatrième jour.

Il a gagné deux livres (poids anglais) en un mois.

Observations CXXVI à CXXVIII

Gastro-entérostomie. — Guérison.

G. E. Atkinson. — *Leeds and west ridding Med. and Surg. Society*, 10 octobre 1890. *Brit. Méd. Jornal.* 1890.)

Femme de quarante-cinq ans, souffrant depuis deux ans de sténose pylorique : douleurs, vomissements, amaigrissement. Elle avait perdu 15 kilogr. dans les deux derniers mois.

Opérée le 15 septembre. *Plaques d'os décalcifié de Senn*. Sutures à la soie. *Durée de l'opération une demi-heure*. Pas de shock. Alimentation par la bouche dès le troisième jour : mélange de lait et d'extrait de viande.

Quatre semaines aprés, elle n'avait pas eu de vomissements.

A la même Société, dans une séance du 30 août, il avait été rapporté *deux cas de gastro-entérostomie*, avec plaques de Senn. L'un d'eux remontait à 3 mois. Le sujet était bien.

Observation CXXIX

Cancer du pylore avec noyau hépatique. — Gastro-entérostomie.

(Jaboulay — Résumée des *Arch. prov. de chirurgie*, 1er juillet 1892).

Marie P..., cinquante ans, pas d'antécédents cancéreux. Début remonte à 1 an. Douleurs sourdes, continues à la région sus-ombilicale. Vomissements alimentaires. Amaigrissement rapide. Constipation. Pas de mœlena, pas d'hématémèse.

Opérée le 15 mars. Lavage de l'estomac à l'eau boriquée. *Durée de l'opération 35 minutes.*

Quatre mois après la malade se porte encore bien.

Observation CXXX

Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie.

(Jaboulay. -- *Ibid*).

Françoise F..., cinquante-sept ans. Début remonte à 2 ans ; vomissements, sans douleur. ni amaigrissement. Phénomènes douloureux surtout marqués dans les 6 mois qui précèdent l'opération. Vomissements incoercibles. Les liquides sont également rejetés.

Cachexie avancée. Œdème des membres inférieurs.

Opération le 18 mars. Durée 30 minutes. Shock peu prononcé.

Après l'opération, les vomissements, la douleur ont disparu. Selles tous les trois ou quatre jours.

Deux mois et demi après, les douleurs et vomissements ont reparu.

Observation CXXXI

Cancer inopérable du pylore. — Gastro-Entérostomie. — Guérison.

(Hadra. — Société médicale de Berlin ; 12 décembre 1891. — Résumée dans le *Berl. Klin. Wochen*, par mon ami le Dr Fromaget chef de clinique à la Faculté.)

Hadra présente à la Société un malade opéré, par lui, il y a huit mois et demie environ. Actuellement il est en très bon état et il espère qu'il vivra encore assez longtemps.

Le motif pour lequel il ne l'a pas présenté plus tôt est qu'il souffre de cardialgie depuis une huitaine de jours, cardialgie dont on ne sait pas trop bien la cause.

Le malade âgé de cinquante trois ans, n'a jamais soupçonné la maladie dont il était atteint. *Son poids a monté de 77 à 99 livres* et s'y est maintenu.

Depuis son opération il peut manger les mets les plus difficiles à digérer et vit comme un homme ordinaire, malgré l'accroissement de la tumeur qui a acquis le volume des deux poings.

Depuis quelques années déjà le malade avait de la cardialgie sans tumeur, mais avec une hyperchlorhydrie notable.

Il y a un an est apparue une tumeur grosse comme le poing d'un enfant et l'hyperacidité du suc gastrique s'est accrue. Le diagnostic d'ulcère de l'estomac fut porté par le professeur Ewald et le Dr Schück a qui le malade fut présenté.

La symptomatologie était celle du rétrécissement du pylore, dilatation de l'estomac, vomissements, cachexie avec accroissement tel de la tumeur, qu'une issue fatale était proche.

Bien qu'en endormant le malade il fut possible d'imprimer de légers mouvements à la tumeur, on devait se demander si la résection du pylore était possible.

La laparatomie exploratrice montra que la paroi antérieure de l'estomac était envahie par des noyaux cancéreux et que les ganglions mésentériques étaient infiltrés. Il ne restait donc plus à faire qu'une entéro-anastomose.

La *Méthode de Von Hacker*, modifiée par Hahn fut employée. Après avoir recherché la partie supérieure du jéjunum à travers la mésocolon, Hadra choisit une portion peu riche en vaisseaux et la réunit à la paroi antérieure de l'estomac à trois travers de doigt de la limite du mal.

L'utilisation de la paroi antérieure, au lieu de la postérieure préconisée à l'origine par Von Hacker, présente cet avantage qu'après avoir refermé en partie la plaie abdominale, on peut terminer l'opération en dehors du péritoine. Le jéjunum est fixé par des fils de soie ; l'estomac retenu par les mains d'un aide. Grandeur 4 à 5 centimètres.

Sutures à la soie. Les deux séreuses sont suturées sur la lèvre postérieure avant l'incision. Suture en surjet de la muqueuse.

Pour empêcher la formation d'un éperon, qui dans une série de cas à donné des résultats mortels, l'intestin est fixé latéralement par quelques sutures. Cette modification n'apporte pas de retard à l'opération.

Les suites ont été insignifiantes. Pas de fièvre, pas de symptômes péritonéaux.

Dès la deuxième semaine, le malade a pris une nourriture consistante. *Il quitte l'hôpital 14 jours après l'opération.*

Hadra insiste sur la nécessité de ne pas pratiquer l'anastomose trop près de la tumeur pour que celle-ci, par son développement, ne vienne pas dans un temps trop court, oblitérer l'orifice ; il croit que l'anastomose ne devra pas être pratiquée trop près du fond de l'estomac car la digestion stomacale serait trop racourcie.

Observation CXXXII

Cancer du pylore. — Gastro-entérostomie. — Duodéno-jejunostomie.

(Jaboulay, *Arch. provinc. de chirurg.*)

Marie G..., 53 ans. Début remonte à 14 mois. Est amaigrie. Poids : 37 kil. 5. *Opération le 18 mai 1892, dure une heure cinq.* Les vomissements se calment. *Elle augmente d'un kilog en quinze jours.* La malade quitte l'hôpital un mois après l'opération. Elle ne vomit plus, ne souffre plus et s'alimente.

Observation CXXXIII

Cancer inopérable de la petite courbure. — Gastro-entérostomie postérieure. — Guérison.

(Doyen, de Reims, *Arch. provinc. de chirug.*)

Femme de 33 ans présentant depuis deux ans des symptômes de dyspepsie grave très douloureuse.

Depuis cinq mois, vomissements incoercibles, amaigrissement progressif.

Les suites de l'opération furent apyrétiques et ne présentèrent comme particularité que quelques régnigitations bilieuses dues à la pénétration de la bile par l'ouverture gastro-jéjunale.

Observation CXXXIV

F.-C. Larkin, de Londres, pratiqua en juillet 1892 une gastro-entérostomie pour cancer du pylore, accompagné de douleurs et vomissements. Les symptômes ne tardèrent pas à se reproduire. Larkin les attribue à la propagation de la tumeur autour du nouvel orifice, ou à la rétraction cicatricielle de ce nouvel orifice. J.-B. Jesset croit plutôt qu'ils sont imputables à un étranglement de l'intestin au niveau de la boutonnière méso-colique.

Observations CXXXV à CXLV

Dans le troisième volume de l'*Annual of the Universal Médical sciences* (de Sajous, 1892), J. William White, de Philadelphie, analyse *dix cas de gastro-entérostomie. Sept succès et trois morts.* Les succès sont dus : 1 cas à Breakhouse et Taylor, de Nottingham (mars 92); 2 cas à Ramsey, de Saint-Cloud (mai 92); 1 cas à J.-C. Renton, de Glasgow (avril 92); 1 à Mayo Robson (mai 92); 1 à J.-R. Jesset, de Brompton ; 1 à Rotter, de Berlin.

Les insuccès sont dus à Kilner Klarke, de Huddersfield ; Carl Koch, de Nuremberg ; Sainsburg, de Londres. Dans ce dernier cas, la gastro-entérostomie avait été pratiquée pour cancer. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un ulcère.

Nous avons déjà mentionné les observations de Robson et Jesset. Le nombre n'est donc que de huit, soit cinq succès et trois morts.

Observation CXLVI

Gastro-entérostomie antérieure.— Mort quatre jours après.

Jaboulay (*Arch. prov. de chirurg.*)

Le malade, homme de cinquante-deux ans, très émacié, fut opéré de gastro-entérostomie antérieure et *mourut quatre jours après*, ayant bu et calmé sa soif dès le lendemain de l'opération.

Autopsie. — L'estomac contenait une assez forte quantité de liquide, celui qui avait été absorbé pendant la vie, après l'opération. Il n'y avait pas de péritonite. Et dire quelle a été la cause de la mort, dans ce cas serait fort difficile.

Mais pourquoi les boissons étaient-elles restées dans l'estomac ? Les deux lèvres de la bouche anastomotique étaient exactement appliquées l'une contre l'autre, et rien ne pouvait passer de l'estomac dans le jéjunum, à moins de produire l'écartement de ces deux lèvres, qui revenaient au contact aussitôt après.

Observations CXLVII à CLIX

Il y aurait encore une série d'observations intéressantes à analyser dans ce travail. Nous n'avons pu nous procurer tous les journaux dans lesquels elles ont été publiées. Aussi nous contenterons-nous de les énumérer.

F.-B. Robinson, dans le *Medical News*, de Philadelphie, 1891, en rapporte une ; emploi des plaques d'os décalcifié.

A.-C.-L. Ramsay. — Deux cas suivis de succès dans le *Northwestern Lancet*. Saint-Paul, 1891.

Frank. — Un cas, dans le *New-American prat.*, Chicago, 1891.

Jelks en a publié une observation dans les *Transactions of Medical Society of Arkansas*, Little Rock, 1888.

Carter. — Gastro-entérostomie pour tumeur maligne, *Liverpool Med. and chirurg. Jornal*, 1890.

Hester. — A employé avec succès les plaques de Senn dans un cas. *Australian Med. Jornal*, 1890.

Matas. — Un cas dans le *Journal de médecine et chirurgie de News-Orléans*, 1891.

Carl Koch. — Dans le *Munich Med. Wochen* du 9 décembre 1890. — Gastro-entérostomie suivie de guérison opératoire.

Stamm. — Obstruction presque totale du pylore par un cancer. — Gastro-entérostomie. — *Plaques de Senn.* (*Medical News*, 1891.)

Lees. — A opéré un cancéreux très affaibli, cachectique. *Survie, dix semaines. Royal Med. and chir. Society*, mai 1889.

Potenski. — Une survie de six mois. Mort par les progrès de la cachexie. (Congrès de Naples, 1888.)

Observation CLX

Gastro-entérostomie pour cancer de pylore. — Guérison.

(Paul Reclus. — Société de chirurgie de Paris, 12 oct. 1892).

Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, envoyée dans mon service, le 23 juillet, par M. Œttinger. Les premiers accidents dataient de neuf mois environ; leur marche avait été rapide, et, lors de notre examen, on constatait l'existence d'une tumeur volumineuse; la dilatation stomacale était invraisemblable, les matières ingérées étaient vomies au bout de deux ou trois heures, les selles étaient à peu près supprimées et la malade ne rendait par l'anus, tous les dix ou douze jours, que quelques amas glaireux. L'amai-

grissement et la faiblesse étaient extrêmes, et la mort paraissait imminente. Malgré cet état grave, l'intervention me sembla indiquée et je pratiquai la gastro-entérostomie avec l'aide de M. Chaput.

Je fis une incision de 12 centimètres, comprenant 6 centimètres au dessus de l'ombilic et 6 centimètres au-dessous. Pour atteindre l'anse jéjunale sur laquelle nous devions pratiquer l'anostomose, nous avons dû soulever l'estomac qui descendait très bas dans l'abdomen.

L'anse jéjunale est amenée au contact de l'estomac, solidement fixé par deux pinces-érignes, qui tendent la paroi au niveau du point où nous le sectionnons sur une étendue de 1 à 2 centimètres. Mais pour obtenir l'évacuation du contenu stomacal, après avoir cherché sans résultat à siphoner les parties liquides, il devint bientôt nécessaire d'agrandir cette incision, en ayant soin de protéger le champ opératoire avec des compresses aseptiques.

L'estomac étant vidé, nous fîmes un premier plan de points de suture séro-séreux, passant sur l'estomac, à 2 centimètres au-dessous de l'incision, et sur l'intestin aussi près que possible de l'insertion mésentéique afin de ménager l'étoffe intestinale ; un deuxiéme étage de points séro-séreux fut placé à un centimètre au-dessus, puis nous incisâmes l'intestin parallèlement à son axe, dans une étendue de 5 centimètres, correspondant exactement aux dimensions de l'orifice stomacal.

Les deux lèvres postérieures de la bouche stomacale et de la bouche intestinale étant suturées, les points de ces fils muco-muqueux serrés intérieurement et faisant par conséquent saillie dans la lumière de l'estomac et de l'intestin, nous passons ensuite aux lèvres antérieures, unies également par des points muco-muqueux, mais cette fois au dehors. Il ne restait plus alors qu'à pratiquer, au-dessus de notre anastomose, deux étages de sutures séro-séreuses absolument semblables à ceux que nous avions faits au-dessous de l'anastomose.

Les suites de l'opération furent inquiétantes pendant deux jours ; il y eut une certaine hypothermie ; la faiblesse était extrême, et aux vomissements par obstruction avaient succédé les vomissements chloroformiques. Le troisième jour il se produisit une véritable débâcle intestinale, et, à partir de ce moment, les vomissements cessèrent, l'alimentation devint possible, les forces revinrent, et aujourd'hui, c'est-à-dire plus de deux mois après notre intervention, la dilatation de l'estomac a disparu.

OBSERVATION CLXI

Cancer du pylore; gastro-entérostomie. Guérison.

(F. TERRIER. Société de Chirurgie de Paris, 26 octobre 1892).

Malade âgée de quarante-huit ans, elle n'a pas d'antécédents héréditaires au point de vue du cancer; elle souffrait depuis quelques années de troubles digestifs particulièrement douloureux, et, au moment où elle est entrée dans mon service, elle avait des vomissements incessants, des hématémèses; elle était extrêmement amaigrie, et son état général était pitoyable; sa température indiquait un certain degré d'hypothermie, et l'analyse des urines donnait 16 grammes d'urée par litre. Il existait une tumeur manifeste au niveau du pylore, et on pouvait facilement constater ces contractions péristaltiques de l'estomac, extrêmement douloureuses, qui sont caractéristiques des rétrécissements du pylore.

Je me décidai à intervenir, et, après l'ouverture de la cavité abdominale, je pus vérifier l'existence d'une néoformation siégeant au niveau du pylore. gagnant la petite courbure de l'estomac et s'étendant aussi vers la grande courbure. On ne pouvait donc songer qu'à pratiquer une gastro-entérostomie. J'incisai l'épiploon, en faisant l'hémostase à mesure, et j'arrivai ainsi sur le jéjunum; l'estomac fut relevé par un aide, et de ce fait je me trouvai avoir un contact extrêmement facile entre le jéjunum et la face postérieure de l'estomac. Dans ces conditions, je n'avais même pas à me préoccuper de choisir entre cette face et la face antérieure.

Pour établir le contact de l'estomac et de l'intestin, je n'employai aucune pince, aucune érigne, me contentant du rapprochement obtenu par mon aide.

Le mode de suture dont je me suis servi diffère assez complètement de ceux qui ont été appliqués jusqu'ici à la gastro-entérostomie, mais il ne diffère pas de celui que j'emploie dans la cholécystentérostomie. Je placai d'abord une rangée de points séparés séro-séreux entre la paroi de l'estomac

et celle de l'intestin sur une étendue de 10 à 12 centimètres, puis j'établis d'autre part une suture d'attente, semblablement disposée, mais constituée par des fils non serrés dont les anses étaient maintenues par des pinces à forcipressure.

Je fis alors successivement, au bistouri, l'incision de l'intestin, qui ne donna lieu à aucun écoulement, puis celle de l'estomac, et, comme il *n'avait pas été fait de lavage préalable, ce que je considère comme une faute assez grave,* il sortit une certaine quantité de matières muqueuses.

Après avoir suturé les lèvres antérieure et postérieure des deux incisions, de façon à fermer la bouche, il ne me resta plus qu'à serrer la suture d'attente.

Les résultats furent des plus satisfaisants, malgré le mauvais état général de la malade au moment de l'opération, et il n'y eut presque pas de *shock,* bien que l'anesthésie et l'opération eussent duré une heure quarante. Dès le soir, on vit cesser les vomissements, les douleurs et ces contractions péristaltiques qu'on observait auparavant.

Lorsque la malade quitta le service, au commencement de septembre, elle pesait 140 livres, et, depuis, elle a continué à engraisser, puisque actuellement elle pèse 175 livres.

Son alimentation a d'abord consisté exclusivement en lait; elle prit une fois de la viande, malgré nos défenses formelles, et le soir même elle eut une température de 39°. Dans la suite on la mit progressivement aux œufs, puis à la viande.

Malgré un léger accès de cholérine, qui dura une huitaine de jours, elle s'est remise parfaitement; aujourd'hui elle mange et digère très bien et son état général s'est amélioré d'une façon véritablement surprenante.

Observation CLXII

Gastro-entérostomie postérieure. — Mort.

(Delagenière. — *Soc. chirurg. de Paris,* 9 novembre.)

Un homme de quarante-sept ans, cachectique, avait des vomissements alimentaires et bilieux incessants. Delagenière pensa qu'il existait un obstacle au passage des matières, et pratiqua la laparotomie médiane.

L'épiploon était adhérent. On reconnaît que l'intestin était malade. Il ne fut pas facile de trouver le jéjunum. Gastro-entérostomie postérieure.

Au lieu d'un rang de sutures séro-séreuses, Delagenière fit deux rangs de sutures concentriques séro-sereuses.

Durée de l'opération, deux heures.

Le malade eut des vomissements fécaloïdes *et mourut le cinquième jour.*

L'autopsie ne put être pratiquée. Delagenière ne la croit pas due à la péritonite.

Il pense que la fistule gastro-intestinale n'a pas fonctionné. Peut-être serait-il bon de mettre un tube de caoutchouc au niveau de la fistule.

Observation CLXIII

Cancer du Pylore. — Gastro-Entérostomie.

(Communiquée par mon ami Eugène Pepin, interne des hôpitaux.)

Marguerite N...., cinquante-cinq ans, femme de journée, entre à l'hôpital le 26 septembre 1892, salle 1 *bis*, lit 25. Service de M. le Dr Dubourg. — Elle vient se faire soigner pour des maux d'estomac et une tumeur du ventre.

Ses antécédents héréditaires sont sans importance; elle nous raconte pourtant que sa mère est morte à l'âge de soixante ans, d'une maladie chronique de l'estomac qui présentait assez d'analogies avec l'affection dont elle se plaint.

Dans son *histoire personnelle*, signalons des abcès froids dans la région cervicale droite, abcès froids suivis de fistules assez longues à guérir, dont on voit d'ailleurs encore les cicatrices. Tout le reste de son passé est insignifiant pour nous.

Réglée pour la première fois à seize ans, elle a toujours été bien réglée. Elle est mère de huit enfants, ses grossesses se sont terminées sans accidents.

Sa maladie a débuté au mois de janvier dernier par de la pesanteur d'estomac, des renvois acides tout d'abord, bientôt fétides, des régur-

gitations ; le tout une heure ou deux après le repas. Quelques mois après surviennent des vomissements, ces derniers alimentaires la plupart du temps. Mais, fait important, le matin et quelquefois même au milieu de la nuit, la malade vomit une quantité assez considérable d'un liquide analogue a de l'eau. *Jamais d'hématèmèse*, jamais de substance analogue à de la suie ou du marc de café dans les matières vomies, jamais cette douleur en broche que l'on rencontre si souvent dans l'ulcère rond. *Constipation* habituelle, mais opiniâtre, depuis trois mois, jamais de mœleéna, et à partir de cette date, l'état de la malade s'aggrave sensiblement. Elle perd ses forces, s'amaigrit, ne peut plus rien garder; elle même pendant l'interrogatoire nous signale des *vomissements électifs ;* elle constate enfin l'existence d'une tumeur dans la région épigastrique. Actuellement elle est très faible, très maigre. *30 kilos* (elle pesait 65 kilos au mois de mars); son teint est terreux, ses extrémités habituellement froides, Son pouls petit. Les signes fonctionnelles que nous relevons sont ceux que nous avons déjà décrits, ajoutons seulement une intolérance complète de l'estomac.

L'examen de l'épigastre permet de reconnaître une très notable dilatation de l'estomac, et l'existence d'une tumeur du volume d'une petite orange, peu mobile, dure, bosselée à la surface, douloureuse à la pression, semblant fuir en haut sous le rebord costal, et située à droite au niveau du rebord externe du grand droit de l'abdomen.

Le foie n'est pas augmenté de volume, on ne sent pas de bosselures à sa surface. La rate semble saine. Le reste du ventre ne paraît présenter aucune lésion. Les urines sont claires, sans albumine. Rien du côté du poumon. Faiblesse des battements du cœur. Pas d'œdème des membres inférieurs.

La malade nous est envoyée d'un service de médecine et demande elle-même une intervention.

Le 2 octobre, ainsi que le 3 et le 4, lavages de l'estomac matin et soir, à l'eau boriquée tiède très étendue, ce lavage est fait à l'aide du tube de Faucher. Dans le liquide rendu on trouve des morceaux de poire, des pépins de raisin, et cependant la malade est au régime lacté absolu. Depuis son entrée à l'Hôpital Saint-André, qui remonte à dix-sept jours. Ces lavages sont assez mal tolérés, le dernier même détermine une syncope.

Mercredi, 5 octobre 1892. — Opération.

Disons de suite que la chloroformisation est très difficile, à cause de la faiblesse de la patiente. On est obligé à plusieurs reprises de suspendre l'anesthésie, et faire des injections de cafeine.

Après l'antisepsie préalable du champ opératoire, mon maître, M. Dubourg, commence la laparatomie par l'incision médiane allant de l'apcendice xyphoïde jusqu'au dessous de l'ombilic, à deux travers de doigt. Le péritoine est pincé, incisé de haut en bas. Un fil de soie aseptique maintient les lèvres de la plaie de chaque côté. La paroi antérieure de l'estomac est attirée et maintenue au dehors ; M. Dubourg fait un pli correspondant au milieu de cette face, et nous le confie, pour aller à la recherche de l'anse jéjunale. Ne pouvant relever le grand épiploon (nous en verrons plus tard la cause), l'anse intestinale est attirée à un trou fait dans le tablier péritonéal, saisie par un aide, et placée en regard du pli stomacal.

Des compresses étuvées ferment la cavité abdominale tout au tour des anses herniées. Les boutonnières stomacale et jéjunale sont établies. M. Dubourg commence la suture :

1° Plan de sutures sur les séreuses des deux lèvres postérieures.

2° Plan de sutures sur les muqueuses de ces mêmes lèvres.

3° Plan de sutures sur les muqueuses des lèvres antérieures.

4° Plan de sutures sur les séreuses de celles-ci.

Les sutures séro-sereuses sont des sutures de Lembert, mais à points continus avec arrêt tous les quatre points.

Ces sutures sont faites au catgut avec l'aiguille fine de Reverdin.

L'anastomose établie, le tout est rentré dans le ventre. Puis suture des parois suivant les procédés ordinaires.

Malgré les difficultés de la chloroformisation, l'opération est rapidement menée, et presque à sec, car la perte de sang uniquement des parois abdominales du reste, est tout à fait insignifiante.

La malade transportée dans son service, est très faible; elle reste somnolente jusqu'à cinq heures de l'après-midi. Injection de caféine. Lavements de peptone. La nuit est bonne.

6 octobre. — La malade est toujours très faible. Pas de fièvre, pas de vomissements, pas de ballonnement de ventre, mais le pouls est toujours petit, les extrémités froides. Lavements avec cognac, peptone qui sont de suite rendus.

7 octobre. — Même état, même mouvement.

8 octobre. — La malade s'affaiblit de plus en plus et *meurt à dix heures, soit trois jours après l'opération.*

9 octobre. — Autopsie. — *Péritoine absolument sain.* — Gros intestin ratatiné et de la grosseur du pouce. Ptose complète du colon transverse, ratatinement des anses de l'intestin grêle. L'Entéroptose nous explique, dès lors, pourquoi il a été impossible de soulever l'epiploon. Foie sain, sans noyaux secondaires, pas de ganglions dans l'epiploon gastro hépatique; rate, reins normaux.

Au niveau du Pylore, tumeur grosse comme une orange, engainant en anneau, toute la région pylorique.

Sutures au niveau de la gastro-anastomose complètement prises et solides, aucun point n'a cédé. La suture résiste à une traction assez forte. Incision de l'estomac. Il est presque impossible de faire passer l'auriculaire dans l'orifice pylorique qui est considérablement rétréci. La bouche anastatomique est parfaite, elle laisse passer les deux pouces appliqués l'un contre l'autre.

Les coupes microscopiques de la tumeur faites au laboratoire du professeur Coyne, ont ratifié le diagnostic clinique, c'est-à-dire carcinome du pilore.

Sur cette observation nous pouvons faire les réflexions suivantes .

1° La Gastro-enterostomie est d'une exécution relativement facile.

2° Peut-être entièrement menée sans perte de sang.

3° Il est facheux que notre malade nous ait été envoyée aussi affaiblie par une inanition aussi prolongée, car le cancer était encore localisé aux parois gastriques, sans envahissement ganglionnaire et hépatique.

Le mode de suture employé par notre maître a donné un excellent résultat. Ces sutures sont rapidement faites et très solides. A ce propos, nous nous demandions, si dès le cinquième jour on ne peut pas commencer à alimenter les malades avec des substances liquides, car l'autopsie nous a démontré, chez notre patiente, que la suture était assez, solide pour résister avec succés au passage des liquides.

L'anastomose sur la partie médiane et antérieure de l'estomac permet enfin l'écoulement facile du contenu gastrique dans l'intestin.

Enfin, en terminant, nous regrettrons de nouveau l'extrême faiblesse de la malade, car l'autopsie nous a pleinement démontré qu'elle était la cause de sa mort.

Observation CLXIV

Cancer de l'Estomac. — Gastro-Entérostomie. — Mort.

(Observation recueillie, dans le service de M. le Professeur agrégé F. Villar, par J.-J. Matignon, Interne des Hôpitaux.)

Jeanne E..., 52 ans, entre le 11 novembre 1892 dans le service de M. le professeur Demons (suppléé par M. le professeur agrége, Villar), salle 9, lit 21, se plaignant de vives douleurs siégeant au creux épigastrique et d'un amaigrissement très rapide.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'une pleurésie. Elle ne nous donne aucun renseignement sur sa mère.

Elle a un frère en parfaite santé.

Antécédents personnels. — D'une façon générale, elle a toujours eu une bonne santé. Elle aurait peut-être eu la fièvre typhoïde dans son enfance.

Elle est mariée ; a eu onze enfants, dont dix sont encore en vie.

Cette femme s'est toujours assez bien nourrie, n'a jamais fait d'excès alcooliques

Les douleurs qu'elle accuse et qui l'ont décidée à entrer à l'hôpital ont débuté il y a six mois environ.

Vers le mois de mai, elle commença à éprouver, au niveau du foie, de petites douleurs, surtout marquées après les repas, douleurs qui irradiaient au creux épigastrique, mais dont la durée n'était pas très considérable. Cette malade continuait cependant à manger, sa digestion se faisait assez normalement ; elle était constipée, mais elle n'avait pas de vomissements.

Depuis 2 mois, les douleurs sont devenues plus intenses. Elles se sont surtout localisées au creux épigastrique, se propageant de là un peu dans tous les sens, mais surtout à droite.

La douleur épigastrique est maintenant continue ; la malade la compare à celle que provoquerait un « rat qui lui rongerait *les foies* ». La douleur s'exaspère après l'ingestion des aliments.

Le matin, la bouche est amère, la langue blanche, l'haleine fétide. Mais la malade n'a pas d'envies de vomir, pas de pituites.

Du reste, le fait mérite d'être signalé : *la malade n'a jamais vomi.*

La constipation est assez opiniâtre. La malade ne va guère que tous les cinq ou six jours à selle. Elle n'a pas eu de mœlena, ou tout au moins ne l'a pas remarqué. Elle aurait constaté quelquefois du sang dans ses selles.

Cette femme qui, au début de sa maladie, mangeait même avec appétit, est maintenant dégoutée de la viande et des graisses. Elle leur préfère des aliments très épicés, aigres (salade), malgré que leur ingestion soit pour elle une source de douleurs.

Elle a beaucoup maigri, surtout depuis un mois et demie.

Quand nous avons examiné cette femme le 11 novembre 1892, voici ce que nous avons noté :

La face présente cette teinte jaune terreux assez caractéristique de l'affection qui l'amène à l'hôpital ; malgré que les traits soient tirés, la figure présente une sorte de bouffissure.

Les bras et les cuisses sont grêles. La malade transpire très facilement.

La région épigastrique, au lieu de présenter une dépression, est au contraire légèrement projetée en avant. La main, appliquée à ce niveau, perçoit une tumeur dure, assez régulière, n'adhérant pas à la paroi abdominale. Cette tumeur suit les mouvements que lui imprime la main. Elle s'abaisse et s'élève par la respiration.

Cette tumeur occupe à peu près exactement la ligne médiane ; elle est régulière sur sa face antérieure ; il n'en est pas de même sur les côtés.

Elle semble avoir une forme cubique et s'engage en haut sous les fausses côtes. *Elle est très mobile* et transmet très bien aux doigts les pulsations aortiques. Les dimensions sont : dans le sens transversal, 14 centimètres ; dans le sens vertical, 8 centimètres.

L'estomac est dilaté. L'ingestion d'un verre d'eau nous permet de produire facilement le clapotage.

La recherche des ganglions sus et sous-claviculaires est restée négative.

Le cœur et le poumon n'ont rien à signaler. Cependant, le pouls radial est faible. Nombre de pulsations : 80.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes. La rate n'est pas augmentée de volume.

La *quantité d'urine* rendue en 24 heures est de 1600 grammes.

Sa densité est de 1008. Réaction faiblement acide. *Urée*, 6 grammes par litre. Soit 10 grammes environ par 24 heures. Les *chlorures*, évalués en chlorure de sodium, existent dans les proportions de 3 gr. 51 0/0.

A l'heure présente, cette malade n'accuse que de la douleur et s'effraye de son amaigrissement. La douleur est continue. Mais Marie E... ne vomit pas. Elle mangerait même avec appétit, la viande exceptée ; mais elle redoute les douleurs qui suivent l'ingestion des aliments.

Le *ventre* est souple. L'exploration en est facile, non douloureuse.

Le *toucher rectal* ne montre rien d'anormal dans l'extrémité inférieure du tube digestif. On constate la présence d'une grande quantité de scyballes.

Par le *toucher vaginal*, on trouve l'utérus abaissé. Cette femme a été réglée régulièrement jusqu'à 50 ans. Son poids est de 40 kilogr. au moment de son admission à l'hôpital Saint-André.

Le 12 novembre, nous avons fait faire à cette malade un repas d'épreuve avec 60 grammes de pain et 150 grammes de thé. Une heure après, le liquide contenu dans la cavité stomacale a été retiré au moyen d'une sonde œsophagienne.

L'analyse en a été faite par M. le Professeur agrégé Denigès, qui a trouvé 0,025 d'acide chlorhydrique 00/00.

Dès son admission à l'hôpital, cette femme a pris de la peptone (par cachets de 25 centigr.), du lait et du café. Elle avait de la répugnance pour le pain et surtout pour la viande.

Le 13, elle est purgée : 20 grammes d'huile de ricin.

L'opération est pratiquée, le 14, par M. le Professeur agrégé Villar.

L'estomac est premièrement lavé à l'eau boriquée, puis à l'eau bouillie.

M. Villar veut tout d'abord faire *l'opération sans chloroforme*. Mais la malade s'agitant, pour prévenir toute espèce d'accident, on procède à l'anesthésie, qui ne demande que cinq minutes pour être parfaite.

M. Villar incise largement sur une étendue de 15 centimètres environ, de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, arrêtant rapidement les hémorrhagies par des pinces hémostatiques qu'il laisse à demeure. Arrivé sur le péritoine, il fait tout d'abord une petite incision de 5 centimètres, saisit les bords de la plaie péritonéale entre deux pinces et introduit un doigt explorateur dans la cavité abdominale. Il reconnaît sur le pylore une tumeur, volumineuse et mobile. L'incision péritonéale est complétée avec les ciseaux, et des pinces hémostatiques sont placées sur les lèvres de la boutonnière péritonéale.

L'intestin fait aussitôt hernie par la plaie abdominale. Il est soigneusement maintenu par des compresses aseptiques chaudes.

La région pylorique est alors rapidement explorée. Une tumeur du volume d'une orange occupe le pylore, la face postérieure de l'estomac, adhère à la

face inférieure du foie, à l'épiploon. La petite courbure de l'estomac est également envahie. Le côlon transverse adhère au pylore.

Le côlon transverse étant attiré en avant, M. Villar dilacère avec le doigt son méso-côlon et cherche le jejunum dont une anse tombe presque aussitôt sous sa main. Il est difficile de savoir à quelle distance on se trouve du duodénum. Mais cette anse se présente très facilement à la face antérieure de l'estomac dont les vaisseaux sont turgescents.

Le grand épiploon, qui adhérait au foie et au pylore, est séparé de ses points d'attache.

L'estomac est attiré au dehors, maintenu par des compresses chaudes. Pendant cette manœuvre, l'anse jéjunale, qu'on avait passée au travers de la boutonnière méso-côlique glisse des mains de l'aide et sa recherche est assez laborieuse.

Quand elle est ressaisie, attirée au dehors, on la maintient entre deux pinces de Rydygier, après avoir préalablement, par de douces pressions, évacué le contenu de la portion intestinale comprise entre les deux clamps.

La ligne sur laquelle va être faite l'ouverture stomacale étant choisie, M. Villar passe à chacune de ses extrémités une anse de fil de soie pour maintenir tendue dans le sens horizontal la face antérieure de l'estomac.

Au lieu de faire comme tous les chirurgiens une *simple incision*, M. Villar pratique *une résection de l'estomac avec les ciseaux*, qui laisse après elle une OUVERTURE ELLIPTIQUE à grand diamètre transversal, de 4 cent. 1/2 de longueur sur 1 1/2 de large.

La portion jéjunale étant tendue entre les pinces de Rydygier est réséquée dans les mêmes conditions.

Peu de sang épanché. Puis il est procédé à la suture. Les deux lèvres inférieures sont suturées les premières ; la suture se fait facilement, grâce à la tension que font les fils de soie sur l'estomac et les pinces de Rydygier sur l'intestin.

Sutures de Lembert à deux points. Avec le même catgut, *suture en surjet*, avec arrêt tous les trois ou quatre points. Les points sont distancés d'environ 1/2 centimètre. Cette suture séro-séreuse de la lèvre inférieure est très vite faite.

Les pinces de Rydygier sont enlevées et on procède à la suture muco-muqueuse.

Ici, M. Villar a appliqué une méthode personnelle.

Les deux muqueuses gastrique et intestinale formant, après les sutures

séro-séreuses, deux bourrelets tomenteux irréguliers, M. Villar les réséque avec les ciseaux, les gratte légèrement avec une petite curette de Volkmann. Les surfaces réséquées se présentent alors sous forme de lignes régulières qu'il est très facile de coapter par une suture en surjet.

A ce moment, la malade est prise d'efforts de vomissements qui arrêtent l'opération pendant quelques minutes. Un liquide verdâtre mélangé de sang s'échappe de l'orifice gastrique, mais est arrêté par les compresses chaudes. Celles-ci sont souillées, on les enlève; les intestins et le péritoine sont rapidement lavés et de nouvelles compresses sont appliquées.

On passe alors à la suture des lèvres supérieures. Le procédé adopté a été le *procédé de Chaput par abrasion de la muqueuse ;* sutures en surjet. Cette suture de Chaput étant faite, la séreuse est adossée à elle-même par des sutures de Gussenbauër.

A ce moment, le pouls de la malade devenant faible, on fait une première injection de caféine à 2 gr. pour 10 d'eau.

Toilette rapide du péritoine. Sutures en surjet du péritoine qui est très friable en certains points.

Sutures de la paroi aux crins de Florence. Pansement iodoformé.

Durée de l'opération, 1 heure 25 minutes. Au moment où la malade est emportée de l'amphithéâtre, une seconde injection de caféine est faite.

Suites de l'opération. — Nous avons revu la malade deux heures après l'opération. Le shock n'a pas été trop violent. Pouls : 84. Répond à nos questions. Pas d'envies de vomir. Douleur à l'ombilic.

Dans l'après-midi, elle prend quelques cuillerées de champagne. Un peu de glace.

Le soir, vers 6 heures, la malade commence à s'affaiblir considérablement. Pendant la nuit, elle eut plusieurs défaillances ; l'interne de garde dut lui faire à deux reprises des piqûres d'éther.

Le lendemain matin, à la visite, nous trouvâmes cette femme très faible. Elle avait de la peine à répondre à nos interrogations ; sa voix était très affaiblie. Le pouls était petit et rapide ; les extrémités un peu froides.

La douleur existait toujours au niveau de l'ombilic.

Pendant la nuit précédente, cette femme a vomi. Les matières rendues sont gris-verdâtre. Elles ne contiennent pas de sang ; n'ont pas d'odeur fécaloïde.

Une piqûre de caféine, une piqûre d'éther sont faites dans la matinée. On donne également un lavement peptonisé.

La malade est morte à quatre heures de l'après-midi ; elle s'est éteinte graduellement. *La survie est de 30 heures environ.*

L'autopsie a été pratiquée 26 heures après la mort. A l'ouverture du ventre, on peut constater la généralisation du néoplasme. Le pancréas est lésé, les ganglions engorgés ; le foie est également atteint.

Les sutures de la paroi abdominale sont en parfait état ; elles n'ont pas cédé sous les efforts de vomissements qui ont secoué la malade la nuit qui suivit l'opération.

Le péritoine est normal ; il ne présente aucune trace d'inflammation ; il n'y a pas de liquide épanché.

Nous avons procédé ensuite à l'examen de la suture gastro-intestinale.

La coaptation entre les deux séreuses est parfaite. Au niveau de l'extrémité gauche de la ligne de suture, sur la lèvre inférieure, on note un léger degré d'inflammation.

Tout le reste de la suture en est indemne.

L'estomac étant ouvert, nous avons constaté que l'orifice anastomotique n'était pas très considérable, et qu'il aurait sans inconvénient pu être plus large. Au moment de l'opération, nous avions cependant cru que la résection des deux lambeaux elliptiques de la taille de ceux qui avaient été enlevés sur l'intestin et sur l'estomac, formeraient par leur rapprochement un orifice assez étendu.

CONCLUSIONS

I. — A l'heure présente le cancer de l'estomac est inguérissable médicalement et chirurgicalement. Toutes les tentatives de cure opératoire seront inutiles tant que, par des moyens de diagnostic précis, par la laparotomie exploratrice, on n'aura pas reconnu le cancer tout à fait au début et dépassé, par une large résection, les limites du mal. Peut-être pourra-t-on de la sorte se mettre à l'abri des récidives.

II. — Les diverses opérations sont donc encore purement palliatives. Dans l'espèce, la meilleure est celle de Wolfler, ou gastro-entérostomie.

III. — Cette intervention est d'une exécution assez facile, rapide, surtout quand on se sert de plaques résorbables, et donne des résultats bien supérieurs à ceux de la pylorectomie ou de l'opération de Billroth.

IV. — Aussi, toutes les fois que le médecin sera en présence d'un malade présentant les signes de la sténose pylorique, il ne devra pas hésiter à pratiquer l'opération de Wolfler pour créer une nouvelle voie aux matières retenues dans la cavité stomacale.

Vu, bon à imprimer :

Le Président de la Thèse,
PICOT.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 décembre 1892.

Le Recteur.
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Adamkiewicz. — Académie des Sciences de Vienne. Oct. 1891.
Annales de l'Institut Pasteur. — 25 octobre 1892.
Arnozan. — Société anatomique de Paris. 1879.
Baratoux. — De la Gastroscopie. (*Progrès médical.* 1882).
Bardenheüer. — *Centralblatt. fur. Chirurg.* N° 46. 1882.
Barker. — *British-Medical Jornal.* Février 1886.
Barton. — *Jorn. of the americ. med. Associat.* T. XII. 1889.
Beatson. — *The Lancet.* Oct. 1890.
Bernays. — *Annals af Surgery.* 1885 et 1887.
— Congrès de chirurgie de Berlin. 1889.
Bertoye. — *Lyon Médical.* 16 mai 1886.
Billroth. — *Berlin. Klin. Wochen.* 1882.
Blum. — *Archives générales de Médecine.* Mai 1882.
Buchanam. — *The Lancet.* Oct. 1882.
Caselli. — X^e^ Congrès de l'Association médicale italienne. Octobre 1882.
Chaput. — Technique des opérations sur l'intestin, l'estomac et les voies biliaires. Paris, 1891.
Constantin. — Thèse de Bordeaux. Juillet 1892.
Courvoisier. — *Centralb. fur. Chirurg.* N° 16. 1883.
Czerny. — *Wien. Med. Wochen.* N° 17. 1884 ; 1889.
— *Centralb. f. Chirurg.* N° 51. 1889.
Debove. — Cancer de l'Estomac et Laparotomie. (*Union médicale,* 23 oct. 1883).
Doyen. — *Archives provinciales de Chirurgie.* N° 1. 1^er^ Juillet 1892.
Dujardin-Beaumetz. — Maladies de l'estomac.
Duplay. — Des effets curatifs de certaines opérations purement exploratrices. (*Semaine médicale.* 6 janvier 1892.)
Ewald. — *Traité des maladies de la digestion.*

FAGUET. — Thèse de Bordeaux. Novembre 1892.
FORGUES ET RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.
GOURMAND. — Du Cancer latent de l'Estomac. Th. de Bordeaux, 1884.
GRISOLLE. — Pathologie interne.
GUINARD. — Thèse de Paris, 1892.
— *Arch. général. de Médecine.* Juin 1892.
GUSSENBAÜER. — *Archives de Langenbeck.* T. XIX.
HACKER. — *Arch. fur. Klin Chirurg.* T. XXXII. 1885.
HADRA. — *Berl. Klin. Woch.* 1892.
HAHN. — Ueber Magen Carcinome und operative Behandlung derselben. (*Berlin. Klin. Wochen.* 14 et 21 décembre 1885).
HAYEM. — Le Sang. 1889.
HEYDENRICH. — De l'intervention chirurgicale dans les rétrécissements du pylore. (*Sem. médicale.* 17 janvier 1888.)
JABOULAY. — *Archives provinciales de Chirurgie.* Nos 1 et 5.
JALAGUIER. — Traité de Chirurgie de Reclus et Duplay. T. VI.
JESSET. — *British. Med. Jornal.* 27 juillet 1889.
JONNESCO. — *Gazette des Hôpitaux.* 1891.
KAHN. — Thèse de Paris, 1883.
KOCHER. — Du manuel opératoire de la suture de l'estomac et de l'intestin. (*Centralbl. f. Chirurg.* N° 45. 1889).
KŒLER. — *Deutsch. Med. Woch.* 28 août 1890.
KRONLEIN. — *Wien. Med. Wochen.* 1889.
KUSTER. — *Centralbl. fur. Chirurg.* N° 45. 1884.
LAUENSTEIN. — Congrès de la Société allemande de Chirurgie. 1889.
LEDDERHOSE. — *Arch. de Langeubeck.* T. XIX.
LINK. — *New-York Medical Jornal.* 1889.
LORETA. — Academia dell Sci. Institut di Bologna. 11 février 1883.
LUCAS-CHAMPIONIÈRE. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.* 10 novembre 1892.
LÜCKE. — *Deutsch. Zeït. für Chirurg.* T. XVI. 1882.
LYON. — Du Diagnostic du Cancer de l'Estomac. (*Gazette des Hôpitaux.* 1891).
MATHIEU. — Cancer précoce du Pylore. Thèse de Lyon, 1889.
MATIGNON. — Un nouveau procédé de suture de l'Estomac et de l'Intestin. (*Bulletin de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.* 2 déc. 1892).
MICULIZ. — De la Gastroscopie. (*Wien. Med. Press.* N° 45. 1881).
— — (*Berl. Klin. Wochen.* 1882).
— *Arch. fur. Chirurg.* 1887. T. XXXVII.
MONOD. — Société de Chirurgie de Paris. Juillet 1889.
MURIE. — Thèse de Paris, 1883.
NOVARO. — Contributio alla chirurg. dello stomaco. Sienne, 1890.

PAGE. -- Royal Medical and Surgical Society. 1889.
— *British. Med. Jornal.* P. 1114. 1889.
PÉAN. — De l'ablation des tumeurs de l'Estomac par la gastrectomie. (*Gazette des Hôpitaux.* N° 60. 1879).
POZZI. — Société de Chirurgie de Paris. Juillet 1889.
RATIMOFF. — *Bulletin Médical.* 1888.
RECLUS. — Société de Chirurgie. Octobre 1892.
RICHELOT. — Société de Chirurgie. Octobre 1891 et 1892.
RICHTER. — *The Lancet.* 1882.
ROBIN (A.). — *Gazette Médicale de Paris.* 1884.
ROBSON. — Royal Medical and Surgical Society. Février 1891.
— *Semaine Médicale.* 7 décembre 1892.
ROCHWITZ. — *Deutsch. Zeit. fur. Chirurg.* T. XXII. 1887.
ROMMELAËR. — *Journal de Médecine de Bruxelles.* 1889.
RUPPRETCH. — *Archives de Langenbeck.* 1884.
RUSSEL. — *Brit. Med. Jornal.* 1884.
RYDYGIER. — Sur la résection du pylore. *Samml. Klin. Vortrage. Von R. Volkmann.* N° 220. 1882.
RYDYGIER. — *Deutsch. Zeit. fur. Chirurg.* T. XXI. Page 546. 1885.
SCHMIDT. — *Centralbl. f. Chirurg.* N° 1. 1890.
SCHŒNBRUN. — *Wien. Med. Wochen.* 1889.
SCHOULAU. — Thèse inaugurale. Erlangen, 1884.
SENN. — An experim. contrib. to intestinal Surgery. 9e Congrès des Sciences Médicales. Washington, 1887.
— *Annals of Surgery.* T. VII. 1888.
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS. — 1889, 1892 (Monod, Pozzy, Reclus, Terrier, Schwartz, Delagenière).
SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — 1884.
STEVEN. — *British Medical Jornal.* 23 avril 1892.
STREIT. — *Deutsch. Zeït. f. Chirurg.* T. XXVII. 1888.
TERRIER. — Société de Chirurgie. Octobre 1892.
TROISIER. — *Archives générales de Médecine.* 1889.
TROUSSEAU. — Clinique médicale. T. I.
VILLAR. — Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. 2 décembre 1892.
WHITE. — A supposed curative effect of operations *per se.* (*Annals of Surgery. Philadelphia.* Août et Septembre 1891.)
WINSLOW. — *Americ. Jorn. of Med. Sciences.* N° 178. 1885.
WOLFLER. — *Centr. fur. Chirurg.* N° 45. 1881.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I 7
CHAPITRE II 17
CHAPITRE III 33
CHAPITRE IV 77
CHAPITRE V. (Observations) 111
CONCLUSIONS 161
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE 163

Bordeaux. — Imp. du MIDI, 91, rue Porte-Dijeaux.